



GÖTEBORGS UNIVERSITET
INSTITUTIONEN FÖR SOCIALT ARBETE

När längtan blir längre än 9 månader

En studie om par som berättar om sina erfarenheter av ofrivillig barnlöshet

SQ1562, Vetenskapligt arbete i socialt arbete, 15 hp
Scientific Work in Social Work, 15 higher education credits
Grundnivå
HT 2012
Författare: Christina Cogias & Annika Sanne
Handledare: Daniel Uhnöo

Abstract

Titel: När längtan blir längre än 9 månader – en studie om par som berättar om sina erfarenheter av ofrivillig barnlöshet

Författare: Christina Cogias och Annika Sanne

Nyckelord: Ofrivillig barnlöshet, infertilitet, psykisk hälsa, socialt stöd, kris.

Vårt syfte med denna uppsats är att skapa en förståelse och kunskap om ofrivillig barnlöshet. Cirka nio procent av alla par i fertil ålder beräknas vara ofrivilligt barnlösa men eftersom ofrivillig barnlöshet är ett ämne som på många sätt anses vara tabubelagt att prata om, tror vi att de psykiska och sociala aspekterna av ofrivillig barnlöshet inte har fått den uppmärksamhet de förtjänar i samhället. Vi tror även att det av den anledningen saknas professionell kunskap om hur ofrivilligt barnlösa uppfattar sin situation, vilket betyder att det behövs kunskap hos professionella om hur de skall kunna erbjuda den hjälp och det stöd som faktiskt behövs. I vår studie avser vi att undersöka hur par som har varit ofrivilligt barnlösa berättar om sina erfarenheter. Vårt syfte är även att undersöka hur deras psykiska hälsa har påverkats och hur deras sociala stöd har påverkat deras situation under fertilitetsbehandlingen och adoptionsprocessen samt hur de har hanterat situationen. Vi har i denna kvalitativa studie intervjuat elva heterosexuella par som har erfarenheter av att vara ofrivilligt barnlösa, har genomgått fertilitetsbehandlingar och som sedan har fått barn genom adoption. Denna studie har ett induktivt tillvägagångssätt vilket innebär att de teoretiska perspektiv vi har använt är anpassade efter vårt material. De teoretiska perspektiv vi har använt oss av är kriteori, copingteori samt systemteori. Analysen och resultat har kopplats samman med de teoretiska perspektiven samt begreppen psykisk hälsa och socialt stöd. I diskussionen kopplar vi samman vårt resultat med tidigare forskning samt förslag på fortsatt forskning. De övergripande resultaten i denna studie visar på att parens psykiska hälsa påverkades under processen genom att deras förhoppningar om att bli gravida krossades och på grund av att processen var psykiskt påfrestande när den pågick. Resultaten visar även på att paren haft mycket stöd av varandra i processen och även till personer i deras närhet, vilket kan ha hjälpt dem att hantera situationen. Resultaten visar vidare på att den psykiska pressen paren kände släppte i samband med beslutet att adoptera och när de upplevde att de kunde lägga fertilitetsbehandlingarna bakom sig. Parens ofrivilliga barnlöshet ledde till en lång längtan efter ett barn och detta inspirerade oss till uppsatsens titel: *När längtan blir längre än 9 månader*.

Förord

Vi har valt att göra en studie om ofrivillig barnlöshet på grund av att vi har fått ett intresse för detta ämne. Detta beror på att Annika gjorde sin praktik på kvinnokliniken på Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg. Under praktiktiden fick hon möjlighet att komma på studiebesök till reproduktionsmedicinlabbet och där hon fick bevittna ICSI, äggutplock, insättning av ägg, spermieprov samt bedömning av befruktade ägg via IVF. Mötet med de patienter som var ofrivilligt barnlösa ledde till att Annika fick ett intresse att få en djupare förståelse om deras situation. Utifrån detta delade Annika med sig av sina tankar kring ämnet till Christina och tillsammans skapade vi idén till denna uppsats.

Vi vill tacka alla underbara par som delat med sig av sin historia till oss. Utan er hade denna uppsats inte varit möjlig! Speciellt stort tack till "Kakans" föräldrar som hjälpt oss otroligt mycket i vår jakt på informanter och under uppsatsens gång!

Vi vill även tacka vår familj och våra vänner som stöttat oss och hjälpt oss att hitta par att intervjua.

Vi vill även tacka vår handledare Daniel Uhnöo för hans tips och råd i arbetet med vår uppsats.

Tack!

Innehållsförteckning

Abstract	2
Förord	3
Innehållsförteckning	4
1 Inledning	5
Syfte	5
Frågeställningar	5
Begreppslista	6
2 Tidigare forskning	8
Jämförelse av infertila kvinnors psykiska hälsa	8
Psykosociala effekter av infertilitet	8
Stigmatisering på grund av ofrivillig barnlöshet	9
Förhållandet mellan socialt stöd och stress	9
Stress- och depressiva symtom under IVF-behandling	11
Adoptivföräldrars psykologiska funktion	11
3 Teoretiska perspektiv	13
Kriteori	13
Copingteori	14
Systemteori	14
4 Metod	16
Val av metod	16
Urval	16
Avgränsningar	17
Intervjuprocess	17
Arbetsprocess	18
Analysstrategi	18
Litteratursökning	19
Etiska överväganden	20
5 Resultat och analys	21
Tankar om föräldraskap	21
När längtan blir längre än 9 månader	22
<i>Beskedet</i>	22
<i>Behandlingarna</i>	24
<i>Beslutet att inte fortsätta med behandlingarna</i>	26
Stöd under längtans gång	28
<i>Professionellt stöd</i>	30
<i>Att bemöta andra</i>	30
När längtan går mot sitt slut	32
<i>Adoptionen</i>	32
När längtan är över	33
6 Diskussion	35
Förslag på fortsatt forskning	36
Slutsats	37
7 Källförteckning	38
8 Bilagor	41
Information till informanter	41
Intervjuguide	42

1 Inledning

Ofrivillig barnlöshet är ett ämne som berör många människor. Det är beräknat att nio procent av par i barnafödande ålder är drabbade (Johansson, 2010). Ofrivillig barnlöshet är trots det ett ämne som kan vara svårt att prata om, då det anses vara tabubelagt att tala om infertilitet i samhället (Lalos, 1998). Sedan 1990-talet har ofrivillig barnlöshet uppmärksammats en hel del i massmedia, dock med fokus på den revolutionerade utvecklingen inom reproduktionsteknologin. (Ericsson, 1996). Den senaste nyheten inom reproduktionsteknologin är exempelvis de livmodertransplantationer som genomförs på Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg under 2012 (Friman, 2012). Däremot har det inte talats så mycket om hur det upplevs för ett ofrivilligt barnlöst par att inte kunna få ett biologiskt barn (Ericsson, 1996). Detta är något som har uppmärksammats det senaste året då SVT visade en serie som hette *Barn till varje pris?* som skildrade par och ensamstående personer som befann sig i en situation av ofrivillig barnlöshet. TV3 visade även en serie med liknande tema som kallades *Drömmen om ett barn*. Vi tror trots detta att de psykiska och sociala aspekterna av ofrivillig barnlöshet inte har fått den uppmärksamhet de förtjänar och att det därför saknas professionell och allmän kunskap om hur ofrivilligt barnlösa uppfattar sin situation. Det innebär att det saknas kunskap som krävs för att professionella ska kunna erbjuda den hjälp och det stöd som faktiskt behövs och hur allmänheten ska bemöta paren som är i den här situationen. Vi har valt att göra en kvalitativ studie om ofrivillig barnlöshet, då vi ville uppmärksamma hur par beskriver att de upplevt sin situation. Vi har en uppfattning om att människor många gånger tar för givet att de ska kunna få biologiska barn, att det är en självklarhet som kommer att ske under livets gång. Vi vill därför genom denna studie, skapa en förståelse om att det inte alltid är en självklarhet att ”skaffa barn”.

Syfte

Vårt syfte är att skapa en förståelse och kunskap om ofrivillig barnlöshet. Detta avser vi att göra genom att undersöka hur par som har varit ofrivilligt barnlösa berättar om sina erfarenheter. Vårt syfte är även att undersöka hur deras psykiska hälsa har påverkats och hur deras sociala stöd har påverkat deras situation under fertilitetsbehandlingen och adoptionsprocessen.

Frågeställningar

- Hur beskriver par som har erfarenhet av ofrivillig barnlöshet att deras psykiska hälsa har påverkats av situationen och hur beskriver paren att de har hanterat den?
- Hur beskriver par som har erfarenhet av ofrivillig barnlöshet att deras sociala stöd har påverkat deras situation?
- Hur kan parens beskrivning av perioden liknas vid en kris enligt Cullbergs kristeri?

Begreppslista

Psykisk hälsa – Ett tillstånd hos individen som påverkas i ett ständigt växelspel med omgivningen i livets olika situationer (Bergsten Brucefors, Cederström & Michélsen 2003). Psykisk hälsa innebär hur individen mår känslomässigt och hur individen klarar av den press som den dagligen kämpar med (Akademiska sjukhuset, 2012).

Socialt stöd - Stöd betraktas som en universell hjälpform och socialt stöd definieras ofta som de personer som finns i individens närhet som kan ge personen emotionellt och praktiskt stöd. Socialt stöd omfattar stödjande handlingar som exempelvis emotionellt-, instrumentellt- och kognitivt stöd. De stödjande handlingarna kan vara problemlösning, råd, information eller förändra personens sätt att tänka genom att till exempel få personen att se sig själv och sina problem på ett nytt sätt (Bernler & Johnsson, 2001).

Kris – Ordet kommer från grekiskans *krisis* och betyder avgörande vändning, plötslig förändring eller ödesdiger rubbning (Cullberg, 2006). Enligt Cullberg (2006) är den psykologiska innebörden av begreppet ett reaktionsmönster inför kritiska inre och yttre problem eller svårigheter.

Ofrivillig barnlöshet eller infertilitet – Ett par anses vara ofrivilligt barnlösa eller infertila när de haft regelbundna samlag under minst ett års tid som inte har resulterat i en graviditet och klassificeras som ett sjukdomstillstånd. I Sverige är det praxis att en fertilitetsutredning startas efter tolv månader om paret önskar bli gravida utan att ha lyckats på egen hand. Cirka en tredjedel av infertiliteten beror på en kvinnlig faktor, en tredjedel på en manlig faktor och i resterande tredjedel finner man orsaker hos bägge parter. Man beräknar att man vid utredning inte finner någon förklaring på infertiliteten i cirka 10-20 procent av paren, vilket kallas oförklarad infertilitet (Bryman, 2010).

Adoption - När man adopterar ett barn blir man förälder till ett barn som redan finns och det vanligaste i Sverige är att man gör en internationell adoption. För att få adoptera ett barn måste man vara gift, fyllt 25 år och enligt socialstyrelsens allmänna råd bör man inte vara äldre än 42 år när man ansöker om medgivande för att ta emot ett barn hos socialtjänsten. Socialtjänsten utreder sedan om paret uppfyller kraven som ställs på adoptivföräldrar och man måste även gå en föräldrautbildning. Efter att socialsekreteraren är klar med medgivandeutredningen är det kommunens socialnämnd som beslutar om paret får medgivande att adoptera. Paret kan redan innan de fått sitt medgivande kontakta en adoptionsorganisation som hjälper paret att göra en ansökan till det land de vill adoptera ifrån. Väntetiden är i regel lång och kostnaden varierar beroende på land (Engel, 2011).

Begrepp gällande fertilitetsbehandlingar:

IVF - In vitro fertilisering är en typ av assisterad befruktning. Kvinnan ges hormoner som stimulerar äggstockarna vilket leder till att de producerar flera ägg. Äggen plockas sedan ut från äggstockarna och sammanförs med mannens spermier utanför kroppen i en skål. Sedan förs det befruktade ägget in i livmodern. Västra Götalandregionen erbjuder tre kostnadsfria utplock av ägg vid

IVF-behandling om paret inte fått ett gemensamt barn sedan innan. Totalt är det ca 60 % av alla par som får barn efter en IVF behandling. (Petersson, 2012)

ICSI - Intracytoplasmatisk spermieinjektion är en variant av en IVF-behandling, vid ICSI så förs en spermie in i ägget i ett laboratorium, istället för att äggen och spermerna befruktar sig själva utanför kroppen i en skål som vid IVF (Nilsson, 2010b).

Hormonstimulering – Om en kvinna har svårt att bli gravid då hon exempelvis har oregelbundna ägglossningar kan hon bli stimulerad med hormoner. Även om hon ska genomgå en IVF-behandling eller inseminationsbehandling blir hormonstimulering aktuellt (Nilsson, 2010a).

Insemination – Om livmoderhalsens slem inte släpper igenom några spermier, eller om det föreligger anatomiska eller psykologiska orsaker till att ett samlag inte kan komma till stånd, kan man inseminera sperma i kvinnan (Ahlgren & Malmquist, 2012a).

Spermadonation – En kvinna kan insemineras eller genomföra IVF med en donators sperma (Nattland, 2012). I Sverige får spermadonationsbehandlingar endast utföras på offentliga sjukhus (Thurin Kjellberg, 2010).

Äggdonation – En kvinna har möjlighet att få donerade ägg av en annan kvinna om hennes egna ägg inte har tillräckligt hög kvalitet och inte befruktas via IVF-behandling eller andra infertilitetsbehandlingar (Ahlgren & Malmquist, 2012b).

2 Tidigare forskning

Jämförelse av infertila kvinnors psykiska hälsa

Av de artiklar vi hittade om infertilitet och ofrivillig barnlöshet var artikeln av Downey & McKinney (1992) *The Psychiatric Status of Women Presenting for Infertility Evaluation* en av dem. Artikeln är en kvantitativ studie som bygger på en enkätundersökning. Studien jämför infertila kvinnors psykiska hälsa med en kontrollgrupp av kvinnor som inte hade några kända fertilitetsproblem. Enkäten innehöll frågor om åtta olika områden. Dessa områden tog bl.a. upp frågor om reproduktionsfunktionen, om infertilitetsutvärdering och om behandling. Kvinnorna med infertilitetsproblem tillfrågades då om förändringar i deras och deras partners humör eller beteende sedan fertiliteten blev ett bekymmer. För vissa områden såg frågorna annorlunda ut för kvinnorna med infertilitetsproblem. Enkäten innehöll även frågor om tankar om framtiden, styrkan i patientens motivation att få barn samt motivation och stöd från partnern. Vissa frågor handlade om informanternas tillfredsställelse med olika aspekter av sitt liv med sin partner, deras allmänna optimism om förhållandet samt hennes bedömning av sin partners optimism om förhållandet. Enkäten tog även upp frågor om sexuellt beteende, patienterna med infertilitetsproblem fick då svara på frågor om deras sexuella beteende var detsamma som innan fertiliteten blev ett problem. Enkäten hade även områden som tog upp frågor om informanternas självbild samt om de haft några depressiva perioder i sina liv. Studiens resultat visade inte på någon signifikant skillnad mellan de infertila kvinnornas psykiska hälsa och kontrollgruppens. Det fanns vissa skillnader av jämförelserna av de olika områdena som enkäterna tar upp, som exempelvis om kvinnorna hade upplevt depressiva perioder, det visade sig att de infertila kvinnorna tenderade att ha svåra aktuella depressiva perioder i större utsträckning än kontrollgruppen. Kvinnorna hade likartade nivåer av sexuell funktion men de infertila kvinnorna visade sig ha mindre intresse för sexuell njutning sedan de fick problem med infertiliteten. Det fanns alltså ingen signifikant skillnad mellan kvinnornas psykiska hälsa, resultaten visade dock att de infertila kvinnorna hade förändringar i humöret och känsla av egenvärde eftersom de var bekymrade över sin fertilitet (Downey & McKinney, 1992).

Psykosociala effekter av infertilitet

Artikeln av Hammer Burns (1990) *An Exploratory Study of Perceptions of Parenting after Infertility* är en kvalitativ studie om infertilitet. Två grupper av föräldrar intervjuades för studien, den ena gruppen var föräldrar som gått igenom fertilitetsbehandlingar och den andra var föräldrar utan några reproduktionsproblem. Studiens syfte är att undersöka om det finns några långvariga effekter av infertilitet för familjens och/eller barnens psykosociala funktion. Studiens hypotes var att infertiliteten påverkar familjens senare funktion beroende på hur de infertila paren anpassar sig till traumat, psykiska skador, sorg, förlust, stress, utvecklande kris samt slutligen övergången från barnlöshet till föräldraskap. Resultaten visade att 85 % av de infertila paren uppfattade infertilitet som en negativ upplevelse som hade orsakat varierande störningar och förändringar i deras liv. De ord som informanterna hade använt för att beskriva sina känslor om infertiliteten var arg, deprimerad, frustrerande, överväldigad, hopplös, lurade, ängslig, enorm besvikelse och "varför jag?". Dessa resultat

stämmer överens med tidigare forskning om emotionella och psykologiska reaktioner på infertilitet. Resultaten visade även att männen hade andra reaktioner av infertiliteten jämfört med kvinnorna. Männen ansåg att infertiliteten var mindre bekymrande och livsförändrande än vad deras respektive ansåg. De menade att infertiliteten tog hårdare på kvinnorna och att kvinnorna hade investerat i det mer än de själv hade. I resultaten diskuteras vad skillnaden beror på och de kommer fram till att det kan bero på faktumet att kvinnor är, och har traditionellt varit, mer investerade och involverade i barnafödande och barnuppfostran än män eller att det beror på att kvinnors fertilitet är tidsbegränsad. 76 % av informanterna redovisade att infertiliteten hade orsakat konflikter i deras äktenskap. Konflikterna hade bl.a. berott på avbrott i det sexuella förhållandet, kommunikationsproblem, oenighet om medicinska behandlingar och/eller adoption och brister i förståelsen för den andra makens perspektiv. Studien hade ett slumpartat resultat att de infertila paren hade rapporterat betydligt fler problem med dem själva, deras äktenskap och föräldraskap samt deras barn än jämförelsegruppen. Resultatet var dock slumpartat pga. att informanterna inte tillfrågades någon direkt fråga om psykosociala problem. Det var fem av de infertila paren som hade rapporterat psykosociala problem men endast ett par av jämförelsegruppen (Hammer Burns, 1990).

Stigmatisering på grund av ofrivillig barnlöshet

John E. Pachankis (2007) hävdar i sin artikel *The Psychological Implications of Concealing a Stigma: A Cognitive–Affective–Behavioral Model* att personer som lider av infertilitet kan bli stigmatiserade av sin situation och av specifika situationer som personen kan komma att befinna sig i. Detta kan i sin tur leda till stress och psykologiska prövningar. Ofrivillig barnlöshet är ett dolt stigma och därför kan personer som är barnlösa undvika situationer där de riskerar att bli ”upptäckta” eller där de blir ”tvungna” att berätta. Ett exempel som Pachankis (2007) tar upp är så kallade ”Baby showers” som är vanligt förekommande i exempelvis USA. Dessa ”Baby showers” är till för havande mammor och hennes väninnor så de kan ge varandra tips och råd om föräldraskap samt presenter till det förväntade barnet. Ofrivilligt barnlösa kvinnor kan därför undvika en sådan situation av rädsla över att få frågan om hon själv väntar barn osv. Ju fler frågor hon tidigare fått, desto svårare kan det bli att hitta på något svar som låter trovärdigt om hon inte vill avslöja sin verkliga situation. Hennes dolda stigma blir därmed mer framträdande, vilket kan ge psykologiskt negativa konsekvenser i form av kognitiva, affektiva och beteendemässiga problem. Ett exempel är att det kan ge låg självkänsla att hela tiden undvika sociala situationer och isolera sig från andra människor och det kan påverka framtida interpersonella situationer. Dessutom kan det skada individen mer att berätta för någon om sin stigmatiserade situation än att inte berätta alls om personen inte visar förståelse (Pachankis, 2007).

Förhållandet mellan socialt stöd och stress

Artikeln *Provision and Receipt of Social Support and Disregard: What Is Their Impact on the Marital Life Quality of Infertile and Fertile Couples?* av Abbey, Andrews & Halman (1995), beskriver en longitudinell studie vars syfte var att undersöka förhållandet mellan mottagandet av känslomässigt socialt stöd och föräkt samt ogillande, stress och likgiltighet. Informanterna var 248 gifta infertila respektive fertila par. De gjorde tre kvalitativa intervjuer med paren, med 1 och 2

års mellanrum från den första intervjun och paren skulle för tiden för den första intervju vara barnlösa, dvs. drabbade av primär infertilitet. De genomförde intervjuerna med var person i paret för sig. Vid studiens slut hade 73 (42%) infertila par blivit föräldrar av de som från början inte trodde att de kunde få barn (Abbey, Andrews & Halman, 1995).

Tidigare forskning som beskrivs i artikeln visar på att infertilitet kan upplevas mycket stressande av individen och kan av kvinnor upplevas som den mest upprörande erfarenhet de haft i sina liv. Många kan ta för givet att de snabbt ska bli gravida, och det kan komma som en chock för paret då de inte lyckas med detta. Detta kan ge upphov till en minskad känsla av kvinnlighet/manlighet, ge en negativ självkänsla och därmed en lägre livskvalitet. Dessa känslor har man i tidigare studier funnit både hos män och kvinnor, dock har de framträtt starkare för kvinnorna. Kvinnorna har beskrivit att de har svårt för att bevara relationer med väninnor som får barn och att de inte kan tänka sig ett liv utan barn. Även fertilitetsbehandlingarna kan ge upphov till stress då det är oklart om behandlingarna kommer lyckas eller inte i kombination med kostnaderna, de fysiska biverkningarna och all tid som man lägger på behandlingarna (Abbey, Andrews & Halman, 1995).

Om man ser till tidigare studier som gjorts kring just socialt stöd så känner barnlösa par att de inte får det stöd de vill ha av sin omgivning. Detta beror bland annat på att paren ofta känner sig obekväma med att tala om sin barnlöshet eller att de själva väljer att hålla det hemligt på grund av att de inte känner att de får något stöd av omgivningen eller att de råder av dem inte hjälper dem. På grund av detta väljer många ofrivilligt barnlösa par att istället vända sig till varandra för att få socialt stöd. Dock kan detta innebära svårigheter då ens partner också befinner sig i kris, och därmed kan partnern också vara trött, sårad och under stor press och därmed inte kunna stötta sin partner på bästa sätt. Andra studier har därtill visat att barnlösheten kan göra det svårare för partners att prata med varandra om sin situation. (Abbey, Andrews & Halman, 1995).

Abbey, Andrews & Halman (1995) hade med den tidigare forskningen som utgångspunkt en hypotes om att de vid den första intervjun med de infertila paren att de skulle lida av stress på grund av infertiliteten samt att det skulle ha negativ inverkan på den äktenskapliga livskvaliteten. De trodde även att stressen i och med barnlösheten, skulle ha en negativ inverkan på det känslomässiga stöd som man förväntades ge till sin partner, då det kan vara svårt att vara lyhörd för andras behov när man är stressad, och främst ser till sina egna behov. Stress kan leda till ilska och missnöje, man kan ha ett ökat behov av att få stöd dessutom kan det vara svårt att ta emot det stöd man får då man är distraherad av sin stress och därmed mindre uppmärksam på omgivningens signaler. Forskarna hade även en teori om att kvinnor i större utsträckning skulle ge stöd till sina män än tvärtom (Abbey, Andrews & Halman, 1995).

Det resultat som Abbey, Andrews & Halman (1995) kom fram till i sin studie var att de kvinnor som inte fick några barn under studiens gång upplevde mer stress än vad sina män gjorde, detta var något som man inte fann någon signifikant skillnad hos de fertila paren. Den äktenskapliga livskvaliteten minskade inte för par som inte blivit föräldrar, dock minskade den för de som fick barn. Paren i

studien gav och fick mycket socialt stöd och låga nivåer av förakt, dock hade männen fått uppleva mer förakt än vad kvinnorna hade. Vid den första intervjun framkom det att kvinnor gav och fick mer stöd än vad männen fick, något som inte hade ändrats när den andra intervjun genomfördes. Det upptäcktes även korrelationer, ju högre känslomässigt stöd männen och fruarna fick, desto mer känslomässigt stöd anser de att de tillhandahåller. Dock kunde de inte koppla stress till socialt stöd var gäller den äktenskapliga kvaliteten, snarare tvärtom kunde stressen stärka äktenskapet (Abbey, Andrews & Halman, 1995).

Stress- och depressiva symtom under IVF-behandling

Många forskare har undersökt par vad gäller den möjliga hälsoskyddande effekt det kan innebära att leva i parrelationer, och en del forskare har inriktat sig på att studera dyadiska former av stress och coping utifrån olika modeller. Enligt tidigare klinisk forskning kan även personer som umgås med depressiva personer själva bli nedstämda och tyngda. Det kan även skapa en irritation hos en person att umgås med någon som är deprimerad, detta leder till skuld hos den irriterade och därför hämmar personen sin ilska inför den som är deprimerad. I en studie genomförd av Knol, Schwarzer, Pfüller, & Kienle (2009), var syftet att undersöka samspelet mellan partners och deras stress- respektive depressiva symtom under genomgången av IVF-behandling samt intracytoplasmatisk spermieinjektion (ICSI). Knol m.fl. (2009) valde just denna situation för att de ansåg att då har paret ett gemensamt mål, det är en situation som kräver stor investering av resurser, risker kring misslyckande och det är vanligt att paret känner stor oro när de genomgår dessa behandlingar. Framförallt gäller de för kvinnorna då de får utstå intensiva biverkningar av den hormonella behandlingen och deras högre infertilitetsrelaterade nöd. De intervjuade totalt 82 par, genom att samla in kvantitativa och kvalitativa data vid tre olika tillfällen under behandlingen. Intervjuerna genomfördes efter informanterna hade plockat ut spermier/ägg, embryoöverföring och efter första graviditetstestet. Forskarna hade tre hypoteser som de testade. Den första var om paret hade överfört stress (förlust, skada och hot) mellan varandra via deras kommunikation. Den andra hypotesen var om de hade överfört depressiva symtom på varandra under loppet av behandlingen. Den tredje var att utesluta den nuvarande och direkta överföringen av stress och depressiva symtom och istället undersöka tidigare eventuella stressorer i paret och hur det påverkar parterna i nuläget. Dock fann forskarna att resultatet av studien endast delvis visade stöd av det första antagandet om stressöverföring, och då från män till kvinnor från före det första äggutplocket till graviditetstestet gjordes. Från kvinnor till män kunde inga tecken på stressöverföring hittas. Detsamma gällde för överföringen av depressiva symtom, där hade män i större utsträckning överfört sina symtom på kvinnorna. När den tredje hypotesen undersöktes hittade man att mäns överföring av depressiva symtom påverkade kvinnorna så att de upplevde mer stress (Knol, Schwarzer, Pfüller, och Kienle, 2009).

Adoptivföräldrars psykologiska funktion

Levy-Shiff, Bar & Har-Even (1990) tar i artikeln *Psychological adjustment of adoptive partents-to-be* upp en empirisk studie de gjort med syfte på adoptivföräldrars psykologiska funktion under föräldraskapets inledande fas, den förväntade perioden. Under en graviditet genomgår de blivande föräldrarna en utvecklingsfas som individer och som par. Denna period kan innebära mycket

känslor för paret, och de kan fundera mycket på framtiden och kan till och med gå in i en krisreaktion då paret ska anpassas till att bli föräldrar. Adoptivföräldrar är föräldrar som oftast har någon form av infertilitetsproblematik i bagaget, vilket kan innebära många år av besvikelse då medicinsk behandling inte har fungerat som önskat. Detta kan i sin tur ha påverkat självbilden och känslan av manlighet/kvinnlighet vilket i sin tur kan påverka parets humör och skapa ångest, humörsvängningar, äktenskapliga problem, sexuell dysfunktion och social isolering. Under adoptionsprocessen måste de blivande föräldrarna genomgå utredningar och utbildningar och en tid av osäkerhet kan uppkomma då man inte vet exakt när man kommer få sitt barn. Det kan vara svårt att få stöd av familj/vänner då få kanske själva genomgått en adoption och på grund av sociala stigman som finns kring adoptioner. Adoptivföräldrarna måste eventuellt förklara för omgivningen varför de adopterar och därmed framhäva sina skillnader gentemot andra par som blir spontant gravida. På grund av dessa faktorer kan det antas att de rent psykiskt skulle vara mindre förberedda på att bli föräldrar. Dock är adoptivföräldrar generellt sett äldre än biologiska föräldrar och kan därmed hantera livets påfrestningar och de har antagligen en bättre ekonomi samt stabilare livsstil än vad yngre föräldrar har. Paret har i regel varit gifta under en länge tid innan de adopterar och därmed har de genomgått en hel del tillsammans, vilket kan underlätta den psykologiska anpassningen som ett nytt barn i familjen innebär. (Levy-Shiff, Bar & Har-Even, 1990).

I den aktuella studien har man undersökt 52 par som skulle adoptera och 52 par som hade blivit spontant gravida utifrån psykologiska dimensioner som kan vara problematiskt för blivande föräldrar med variabler som oro, fysisk funktion, hälsa, känsla av personlig lämplighet, copingmekanismer, sexualitet, självkänsla, familj, socialt själv och socialt stöd. Resultatet var som förutspått att adoptivföräldrarna var äldre och hade varit gifta i fler år än de biologiska föräldrarna och till det kan tilläggas att adoptivföräldrarna var mer nöjda med sitt äktenskap än de biologiska föräldrarna. Det fanns inga signifikanta skillnader vad gäller copingmekanismer men dock framkom det att de biologiska mödrarna var mer deprimerade än vad adoptivmödrarna var, vilket kan förklaras med den fysiologiska och hormonella förändring som kvinnan går igenom vilket kan följas av intrapsykisk aktivitet. Fäderna skattade sig högre vad gäller självkänsla än kvinnorna men inga signifikanta skillnader fanns mellan fäderna i de två grupperna. Det visades sig också att adoptivföräldrarna var mer nöjda med samhällets och vänners stöd än vad de biologiska föräldrarna var. Detta kan förklaras med att adoptivföräldrarna inte skulle haft ett barn om inte samhället hade hjälpt dem, vilket gör dem mer positivt inställda till samhället än vad de biologiska föräldrarna är då de inte alltid fått den hjälp och stöd de vill ha. Slutsatsen man kan dra av studien är att adoptivföräldrar inte är psykiskt mindre välanpassade att bli föräldrar än de biologiska föräldrarna. De har i regel kämpat länge med att få sitt barn, och har genomgått många nederlag och kan känna en stark känsla av förståelse och uppfyllelse när de väl får sitt barn, en känsla som kan överskugga de generella påfrestningar man kan uppleva när man blir förälder. (Levy-Shiff, Bar & Har-Even, 1990).

3 Teoretiska perspektiv

Kristeori

När en individ befinner sig i ett psykiskt kristillstånd är de tidigare erfarenheterna och de inlärda reaktionssätten inte tillräckliga för att individen ska kunna förstå och psykiskt kunna hantera den situation som den hamnat i (Cullberg, 2006). Det som kan utlösa en krisreaktion är en förlust eller ett hot om en förlust (Lundin m.fl., 2009). Hur en krissituation uppstår beror på vad som utlöste den. Det finns två slags livssituationer som kan utlösa ett kristillstånd, det ena är plötsliga och oväntade yttre påfrestningar, s.k. traumatiska kriser, som exempelvis när en anhörig dör eller en ekonomisk konkurs. Dessa situationer innebär hot mot den fysiska existensen eller den sociala identiteten och tryggheten. Den andra livssituationen är yttre omständigheter som tillhör det normala livet men som i individuella fall ändå blir övermäktiga, som exempelvis att få barn, komma ut i arbetslivet eller att pensioneras. Dessa krissituationer kallas utvecklingskriser eller livskriser och är vanligen mer komplexa än traumatiska kriser (Cullberg, 2006). Den livssituation som vi tar upp i denna studie kan liknas vid en traumatisk kris, då ofrivillig barnlöshet på grund av infertilitet vanligen är en oväntad yttre påfrestning som kan innebära ett hot mot en individs grundläggande möjligheter till tillfredsställelse i tillvaron (Cullberg, 2006).

En krissituations förlopp utspelar sig vanligen under en lång tid och är indelade i olika faser (Lundin m.fl., 2009). Dessa faser är förvisso inte helt åtskilda från varandra, i vissa fall kan någon fas helt saknas eller förlöpa invävd i en av de andra faserna. De olika faserna kallas *chockfasen*, *reaktionsfasen*, *bearbetningsfasen* samt *nyorienteringsfasen* och de har var och en sina karaktäristiska innehåll och svårigheter (Cullberg, 2006). Den första fasen, chockfasen, uppstår under den allra första tiden efter traumat när individen stannar upp inför det ofattbara som har skett (Lundin m.fl., 2009). Denna fas varar endast från ett kort ögonblick till några dygn. Under chockfasen kan individen inte ta in verkligheten och det som har skett eftersom det ännu inte öppnats några vägar för att bearbeta händelsen (Cullberg, 2006).

När chockfasen har släppt börjar individen reagera känslomässigt på det som skett och krisen övergår då i reaktionsfasen. Under denna fas börjar individen förstå vad som skett, både på ett känslomässigt plan och med intellektet (Lundin m.fl., 2009). Tillsammans utgör chock- och reaktionsfasen *den akuta krisen* och den pågår vanligen inte längre än fyra till sex veckor (Cullberg, 2006). Under den akuta krisen är de psykologiska försvarsmekanismerna nödvändiga för att individen inte ska överväldigas av alltför starka och svåra känslor. Dessa skyddsmekanismer är nödvändiga för att individen psykiskt ska klara att hantera den traumatiska krisen som uppstått och deras uppgift är att reglera individens oro och ångest (Lundin m.fl., 2009). Försvarsmekanismerna är omedvetna psykiska reaktionssätt som exempelvis förnekelse, isolering samt suppression dvs. undertryckande av känslor (Cullberg, 2006).

När individen har fått ett tidsmässigt och känslomässigt avstånd till det som skett övergår krisen i bearbetningsfasen. Under denna fas börjar individen anpassa sig till vardagslivet och försöker ge form åt den nya livssituationen som händelsen

medfört (Lundin m.fl., 2009). Bearbetningen under denna fas gör att försvarsmekanismerna, som tidigare vara oundvikliga, blir mindre påtagliga. Bearbetningsfasen pågår vanligen under ett halvt år eller ett år efter traumat (Cullberg, 2006).

Den sista fasen, nyorienteringsfasen, varar hela livet efter händelsen (Cullberg, 2006). Under denna fas styr händelsen inte vardagen längre utan kan ses som en del av livet. Individen kan under nyorienteringsfasen utvärdera händelsen och se hur den har påverkat tillvaron (Lundin m.fl., 2009), krisen glöms inte bort utan lever kvar med individen som ett ärr men den hindrar inte längre individens livssituation (Cullberg, 2006). Enligt Cullberg (2006) sker nyorienteringsfasen dock endast under förutsättningen att individen kan försona sig med den traumatiska händelsen som skett.

Copingteori

När en person vidtar åtgärder för att hantera en ny situation eller problem som uppstår i livet använder sig personen av coping. Exempel på copingstrategier personen kan använda sig av när kraven är större än resurserna är anpassningsstrategier eller överlevnadsstrategier. Copingstrategier skall inte förväxlas med försvarsmekanismer. Försvarsmekanismer är omedvetna reaktioner som uppstår inom individen när den till exempel utsätts för stress medan copingstrategier är medvetna handlingar som löser stress. Exempel på copingstrategier individen kan använda sig av är problemlösning, socialt stöd, optimism, isolering, acceptering samt substitution som betyder att individen byter ut en situation mot en annan. Inom copingbegreppet ingår även *fight or flight*, vilket är en strategi där individen väljer om den behöver vila för att orka med den livssituationen den har hamnat i, eller om den väljer att kämpa vidare för att lösa sin stress. Då kan individen till exempel använda sig av probleminriktad stresshantering, vilket innebär att individen söker information, analyserar problemet och finner på så sätt lösningar på sin situation (Lundin m.fl., 2009).

Individen väljer själv en lämplig copingstrategi för att hantera den aktuella situationen den hamnar i och det är beroende på vem man är och vilken situation man hamnar i vilken strategi man väljer. Det går inte att rangordna strategierna och säga att den ena är bättre än någon annan utan det är helt individuellt vilken man väljer att använda. Man har till exempel i forskning hittat skillnad mellan hur män och kvinnor använder sig av coping. Där har man sett att män varit mer praktiskt inriktade och mer extroverta medan kvinnorna i större utsträckning varit mer introverta fokuserade på sina känslor och behövde mer tid för att hantera situationen (Lundin m.fl., 2009).

Systemteori

Systemteorin ser människor som del av system, vilka samverkar med varandra på olika sätt (Payne, 2008). En individ kan ingå i flera olika sociala system, ett exempel på ett sådant är familjen. De olika varianterna av system kan ha olika gränser mot omvärlden (Lundin m.fl., 2009). Ett system kan vara *öppet*, vilket innebär att systemet utbyter energi och information med omgivningen så utveckling och anpassning sker (Schjødt & Egeland, 1994). Öppna system har lätt för att ta emot *input* från omgivningen, vilket betyder att de har lätt att ta emot energi över systemets gräns (Payne, 2008).

Motsatsen till öppna system är *slutna* system, vilket är system som inte utbyter någon energi till andra system (Payne, 2008). Dessa system har svårt att ta emot input och de har även svårt för att ge *output*, vilket innebär att det inte passerar någon energi från systemet till andra system utanför (Payne, 2008). Enligt Schjødt & Egeland (1994) finns det olika grader av öppna och slutna system i relationen mellan människor. Att man befinner sig i ett slutet system betyder inte att man inte får någon input från omgivningen alls, dock kanske den inputen man får är på väldigt låg nivå. Om till exempel en familj befinner sig i ett slutet system kan de få input till systemet genom att de umgås med kollegor på jobbet eller vänner (Schjødt & Egeland, 1994).

Är systemen väldigt öppna kan de bli dysfunktionella genom att det inte finns några normer inom systemet. Är systemet för slutet kan även det leda till dysfunktion då det inte kommer in någon input från omgivningen vilket gör systemet svåradaptat till omgivningens krav (Lundin m.fl., 2009). Har de svårt med detta har de även svårt att ta emot *feedback*, vilket är energi som når tillbaka till systemet efter outputen från systemet (Payne, 2008), vilket innebär att ett samspel mellan systemet och omgivningen finns (Schjødt & Egeland, 1994).

I sociala system kan det finnas *synergi* vilket innebär att systemet skapar egen energi för att upprätthålla sig själv. Kan systemet inte skapa synergi, måste det få energi utifrån sitt egna system. Om detta inte är möjligt kan det leda till *entropi*, vilket betyder att systemet tillslut upplöses (Payne, 2008).

4 Metod

Val av metod

Denna uppsats är grundad av en kvalitativ studie. Det innebär att studien är utformad av intervjuer som är grundade av en intervjuguide med öppna frågor. Anledningen till att vi valde en kvalitativ studie framför en kvantitativ beror på att vi var intresserade av en studie med öppna frågor som medför djupgående svar. Problematiken med att använda öppna frågor inom kvantitativ forskning beror på att svaren blir svåra att bearbeta eftersom de måste koderas, därför gör sig kvantitativ forskning bättre med slutna frågor som är lätta att bearbeta (Bryman, 2011). Öppna frågor passar denna studie bättre då vi vill ha djupgående svar på våra frågeställningar. Öppna frågor passar kvalitativ forskning bättre eftersom de gör att informanterna kan svara med egna ord och frågorna leder då inte i någon viss riktning vilket gör att det lämnar utrymme för oförutsedda svar eller reaktioner (Bryman, 2011). Tanken var inte att våra frågor skulle gå i en viss riktning, vårt intresse låg i att få svar som vi inte kunnat förutse. Målet med studien är att exemplifiera upplevelser och erfarenheter. Vår intervjuguide är utformad utifrån öppna frågor som går på djupet av vad ämnet handlar om. Vi har främst använt oss av "hur-frågor" när vi utformat intervjuguiden, samt några "varför-frågor". Sådana frågor är något en studie med en djupgående intervjuguide förutsätter.

Urval

Våra informanter är elva heterosexuella par i ålder mellan 30-50 år. De är bosatta i olika städer i södra och mellersta Sverige. Paren befann sig i åldern mellan 18-34 år när deras period av ofrivillig barnlöshet började. Parens barnlöshet berodde mestadels på infertilitet, då infertiliteten fanns antingen endast hos den ena parten eller hos båda parterna. I vissa fall hittade man ingen förklaring till barnlösheten. Vissa av parens infertilitet berodde på att de haft en sjukdomshistoria bakom sig som påverkat fertiliteten, dessa sjukdomar var cancer samt endometrios. Andra orsaker till parens infertilitet var blindtarmsinflammation, hopväxt äggstock eller borttagen äggstock, mörka fläckar eller inga receptorer på äggen samt få spermier eller spermier av dålig kvalitet. Samtliga par som genomgick fertilitetsbehandlingar under perioden av ofrivillig barnlöshet genomgick följande behandlingar; hormonstimulering, inseminering, ICSI, IVF-behandlingar eller spermie- eller äggdonationer*. De par som genomgått IVF-behandlingar gjorde mellan tre till elva försök, men de flesta gjorde fler än tre försök. Parens period av barnlöshet sträckte sig mellan cirka fem till nio år, från att de började försöka bli gravida till att de fått sitt adoptivbarn.

Vi använde oss av ett bekvämlighetsurval för att hitta våra informanter. Bekvämlighetsurval innebär ett urval med personer som för tillfället finns tillgängliga för forskaren (Bryman 2011). Detta urval kan påverka vår studie eftersom våra informanter frivilligt ställt upp, detta gör att informanternas upplevelser kan ha sett annorlunda ut än de som inte samtyckt till intervju. Våra informanternas frivillighet innebär att de på ett eller annat sätt varit bekväma att prata om sina upplevelser. Två av våra intervjuar övervägde att ställa upp på

*För förklaring av begreppen, se begreppslistan sida 6-7.

intervju men avböjde sedan då de upplevde att det blev för påfrestande att prata om sin situation. Vi använde även delvis snöbollseffekten för att hitta våra informanter, denna typ av urvalsmetod innebär att forskaren kontaktar ett mindre antal personer som är relevanta för studien och använder sedan dessa för att få kontakt med ytterligare respondenter (Bryman 2011). Detta urval användes när vi fick kontakt med informanter genom vårt första intervjuvar.

Vi tog kontakt med ett par som en av oss kände sedan innan och genom detta par fick vi kontakt med andra par via ett forum på Facebook som de deltog i. Vi sökte efter bloggar på Internet där personer skrev om sin ofrivilliga barnlöshet. Dessa skickade vi e-post till med en förfrågan om att delta i vår studie. Vi skickade en förfrågan till Barnlängtan, som är en patientförening för ofrivilligt barnlösa, om att få vår information om vår studie publicerad på deras hemsida, vilket de gjorde. Vi skapade även ett så kallat event på Facebook där vi bjöd in utvalda vänner och uppmanade dem att dela vår information vidare för att hitta lämpliga informanter, vilket ledde till kontakt med ett par. Ytterligare ett par fick vi kontakt med via en av våra familjers vänner.

Avgränsningar

Vi gjorde en del avgränsningar i vår studie. Vi sökte endast heterosexuella par där ena eller båda parterna är infertila och där båda i paret ville ställa upp på intervju. Ofrivillig barnlöshet kan innefatta mer än bara infertilitet, som exempelvis att man lever som singel, att man inte vill överföra en ärftlig sjukdom till sitt barn, att man har en samkönad relation eller att man lever i ett så kallat vitt äktenskap, det vill säga att man har en relation utan samlag (Tidefors, 2010). För att studien inte skulle bli alltför bred gjorde vi avgränsningen att välja infertila par för studien. Detta var även anledningen till att avgränsade oss endast till heterosexuella par. Vi gjorde även en avgränsning om att endast intervjua par och inte enskilda personer. Vi gjorde en ytterligare avgränsning att bara intervjua par som har bestämt sig att få barn via adoption, tre av paren är i adoptionsprocessen och väntar på barnbesked och åtta par har adopterat minst ett barn. Ett av paren hade ett biologiskt barn sedan tidigare och upplevde sin barnlöshet när de försökte få ett andra barn.

Intervjuprocess

Vi skapade en intervjuguide med tjugofem huvudfrågor och femton följdfrågor. Innan vi började genomföra intervjuerna fick vi hjälp av en av informanterna som en av oss kände sedan tidigare att formulera frågorna på ett sätt så att frågorna inte skulle uppfattas som stötande. Ett exempel på detta var att vi ändrade uttrycket "skaffa barn" till "bilda familj", då "skaffa barn" kan uppfattas som ett negativt uttryck bland barnlösa par. Vi skickade intervjuguiden till alla våra informanter innan vi skulle genomföra intervjun så att de kunde ta del av den och återkoppla till oss något inte kändes bra. Det gjorde även att de kunde känna sig bekväma och vara förberedda på vilka frågor som skulle ställas under intervjun.

Intervjuerna genomfördes under vecka 41 till 43. Tre av intervjuerna genomfördes genom ett personligt möte varav två av dem genomfördes i informanternas hem och en av dem genomfördes på ett café. Tre intervjuer genomfördes via Skype. Fem intervjuer genomfördes via e-post då informanterna fick skriva utförliga svar på frågorna i intervjuguiden och skicka till oss. Valet av intervjumetod bestämdes

av paret utifrån vad som passade dem bäst men vi var tydliga med att vi allra helst ville genomföra intervjuerna genom personliga möten. Det var svårt att genomföra intervjuer genom personliga möten eftersom endast två par bodde i närheten av Göteborg. En av intervjuerna genomfördes även i Malmö. Vi utförde intervjuerna tillsammans med undantag av två intervjuer som genomfördes enskilt, då genomförde vi en intervju var, på grund av att vi båda inte kunde närvara vid de tillfällena. Intervjuerna som genomfördes genom ett personligt möte och Skype spelades in och transkriberades efteråt. Alla informanter som deltog i intervjuerna tillfrågades om godkännandet av inspelningen. Informanterna kommer inte att nämnas vid namn i denna studie och alla citat vi använt oss av i resultatet samt analysen är anonyma. Efter att uppsatsen blivit färdigställd raderade vi alla inspelningar och transkriberingar.

Arbetsprocess

Vi har genomfört större delen av uppsatsen tillsammans. Vissa delar har vi delat upp och skrivit var för sig. Dessa delar är tidigare forskning, teoretiska perspektiv, transkribering av intervjuer, delar av metoden samt begreppslistan. Resultat, analys, diskussion, inledning och abstract har vi formulerat tillsammans.

Analysstrategi

Denna studie utgår ifrån en induktiv analysstrategi. Det innebär att vi utgått ifrån observationerna och sedan har vi formulerat en teori som varit grundad på observationerna (Thomassen, 2007). Med andra ord har teorin blivit ett resultat av forskningsinsatsen (Bryman, 2011). Denna strategi har inneburit att när vi har bearbetat och analyserat resultatet har vi anpassat teorierna till empirin. Anledningen till att vi valt ett induktivt tillvägagångssätt istället för ett deduktivt beror på att vi inte ville att teorierna skulle medföra att resultatet skulle gå i en viss riktning. Ett deduktivt tillvägagångssätt låter teoriernas styra materialet (Bryman, 2011), det utgår från teorier som bevisar påståendena eller observationerna (Thomassen, 2007). Då denna studie är kvalitativ kändes det mer naturligt att vi använde oss av en induktiv strategi. Enligt Bryman (2011) förknippas en induktiv strategi med en kvalitativ metod och en deduktiv strategi förknippas med ett kvantitativt angreppssätt. Det skulle troligtvis bli komplicerat för oss att applicera en deduktiv strategi på studien eftersom studiens frågeställning har varit öppen och formbar, det gör att det hade blivit svårt att utforma en hypotes om hur informanterna skulle svara vilket det deduktiva tillvägagångssättet förutsätter.

När vi bearbetade materialet använde vi oss av två olika angreppssätt. Anledningen till detta berodde främst på att vi hade ett väldigt omfattande material. Intervjuerna var dessutom väldigt olika eftersom de utfördes på olika sätt. De intervjuerna som vi genomförde via personliga möten och Skype bearbetade vi med hjälp av tematisk analys och meningskoncentrering. Intervjuerna som vi fick via mail behövde vi endast använda tematisk analys för att bearbeta. Den tematiska analysen använde vi för att få ut teman ur materialet som vi sedan analyserade materialet utifrån. Enligt Bryman (2011) innebär tematisk analys att man söker efter olika teman i studiens material som sedan utgör återkommande motiv som tillämpas på materialet. Vi bearbetade det transkriberade materialet genom att leta efter teman som vi sedan applicerade på intervjumaterialet. Bryman (2011) ger förslag på olika företeelser man bör

uppmärksamma när man letar efter teman och de teman som vi valde att använda av dessa förslag var repetitioner, dvs. teman som återkommer i materialet, samt likheter och skillnader i intervjuerna.

Slutligen använde vi meningskoncentrering för att koncentrera informanternas uttalanden så att vi kunde använda dem som citat och knyta an dem till våra teman. Meningskoncentrering innebär att man drar samman intervjupersonens långa uttalanden till kortare formuleringar och huvudinnebörden av det som sagts formuleras om i några få ord (Kvale, 2009). Enligt Kvale (2009) går processen till på så sätt att man fastställer meningsenheter i texten som de uttrycks av intervjupersonen. Sedan formulerar man det tema som dominerar en meningsenhet och tematiserar uttalandena utifrån intervjupersonens synvinkel som de uppfattats av forskaren. Nästa steg i analysen är att ställa frågor till meningsenheterna utifrån undersökningens specifika syfte och sedan knyts hela intervjuens centrala teman samman (Kvale, 2009). Detta angreppssätt har varit mycket gynnsamt i vår studie eftersom många av intervjuerna har varit väldigt omfattande. Kvale (2009) menar att man kan analysera omfattande och komplexa intervjuer genom detta angreppssätt när man letar efter meningsenheter och utvecklar dess huvudteman utifrån det.

Tillförlitlighet

Då detta är en kvalitativ studie har vi valt att använda begreppet *tillförlitlighet* istället för *reliabilitet* och *validitet* för att bedöma denna studies kvalitet. Enligt Bryman (2011) är begreppen *tillförlitlighet* eller *äkthet* mer lämpliga att använda som kriterier inom kvalitativ forskning. En kvalitativ studies tillförlitlighet bedöms utifrån fyra delkriterier, dessa är *trovärdighet*, *överförbarhet*, *pålitlighet* samt *en möjlighet att styrka och konfirmera* (Bryman, 2011). Vi har valt att bedöma studiens tillförlitlighet utifrån dessa kriterier som Bryman (2011) beskriver. För att bedöma denna studies trovärdighet har vi valt att använda tekniken *triangulering*. Med triangulering menar vi att vi har använt fler än en metod när vi studerat ämnet ofrivillig barnlöshet. Vi har undersökt ämnet genom intervjuer, tidigare forskning samt använt flera olika teoretiska perspektiv för att göra studien så trovärdig som möjligt. Vad gäller överförbarhet, anser vi att denna studie innefattar fylliga och täta beskrivningar av det ämnet vi valt och vi tror att vårt resultat skulle kunna vara överförbara till en annan miljö. Vi kan dock inte garantera att studien är generaliserbar eftersom den innefattar en undersökning av ett relativt litet urval. Det var heller inte vår avsikt att göra studien generaliserbar, vårt mål med studien var att exemplifiera erfarenheter. För att bedöma studiens pålitlighet har vi utfört en fullständig redogörelse för alla faser av denna studies process under inledning samt metodkapitlet. Under uppsatsens inledning har vi redogjort för studiens problemformulering och under metodkapitlet har vi tydligt redogjort för uppsatsens val av intervjupersoner, hur vi har arbetat med intervjumaterialet samt vårt beslut om analysstrategi. Vi har i denna studie inte låtit personliga värderingar eller teoretisk inriktning påverka varken utförandet av studien eller undersökningens slutsatser. Vi kan därmed styrka och konfirmera att vi har försökt göra denna studie så objektiv som möjligt (Bryman, 2011).

Litteratursökning

Vi gick via Göteborgs Universitetsbiblioteks hemsida in till två databaser, *PsycARTICLES* och *PsycINFO* när vi sökte efter vetenskapliga artiklar. Sökord

som vi använde oss av var *infertility, childlessness, involuntary childlessness* och olika kombinationer av dessa begrepp. Vi sökte enbart efter artiklar som var *peer reviewed*, då vi ansåg att det var av vikt att artiklarna hade en hög vetenskaplig kvalitet. Vi sökte även efter litteratur i Göteborgs Universitetsbibliotekskatalog *GUNDA* samt Göteborgs stadsbiblioteks katalog *GOTLIB*. Där sökte vi under begreppen *ofrivillig barnlöshet* samt *infertilitet*.

En av oss lånade även böcker från den före detta praktikplatsen, Kvinnokliniken på Sahlgrenska Universitetssjukhus. Vi använde oss även av tidigare kurslitteratur vi använt under socionomprogrammet.

Etiska överväganden

När vi har arbetat med vår uppsats har vi valt att följa HSFR etiska principer; öppenhetskravet, självbestämmandekravet, konfidentialitetskravet och autonomikravet (Vetenskapsrådet, 2012).

Då vi tyckte det var av stor vikt att följa *öppenhetskravet* erbjöd vi att skicka vår intervjuguide till våra informanter innan de valde att tacka ja till att ställa upp på en intervju. Då ofrivillig barnlöshet och fertilitetsbehandlingar är ett ämne som kan anses vara etiskt känsligt samt anses vara tabubelagt i samhället var det av stor vikt för oss att informanterna i förhand skulle känna sig bekväma med frågorna. Vi följde även *öppenhetskravet* när vi skickade ut mail till informanterna eftersom vi väntade att skicka ut mail och förfrågningar tills vi hade genomfört ett färdigställt syfte till studien. På så sätt var vi öppna med vad studien skulle handla om (Vetenskapsrådet, 2012).

Vi utgick ifrån *självbestämmandekravet* när vi skickade ut förfrågningar om frivilliga informanter. Vi skickade ut förfrågningar vi mail, Facebook samt via ett forum på internet där vi bifogade vår e-postadress och lämnade en öppen dörr för frivilliga informanter att höra av sig till oss. På så sätt var deltagandet helt frivilligt. När vi fick e-postsvar av informanter skickade vi vår intervjuguide så att de kunde ta del av den innan de slutgiltigt bestämde sig för att ställa upp på intervju. Vi var även öppna med att de fick kommentera intervjuguiden och komma med synpunkter om den ifall något i den inte skulle kännas bra. Det var fritt för informanterna att hoppa av studien om de inte kände sig bekväma, vilket också några informanter gjorde. Informanterna fick även själva välja hur de ville genomföra intervjun, trots att vi var tydliga med att vi helst ville genomföra intervjuer via personligt möte om informanterna var bosatta i närheten av Göteborg var det frivilligt från informanternas sida (Vetenskapsrådet, 2012).

Alla deltagare i studien avidentifierades i uppsatsen för att följa *konfidentialitetskravet*. Inga av informanternas namn nämns i denna studie, inte heller i transkriberingarna. Alla transkriberingar och intervjuinspelningar förstördes efter att uppsatsen blivit färdigställd. Vi följer även *autonomikravet* eftersom vi förstör all data som har med studien att göra efter att den färdigställts, vilket innebär att vi inte använder materialet i annat syfte än uppsatsen. Vi raderade även alla e-postmeddelanden som informanterna skickat till oss på den gemensamma e-postadress som vi skapade för studiens ändamål (Vetenskapsrådet, 2012).

5 Resultat och analys

Vi har valt att redovisa resultat och analys i olika teman. Det första temat *Tankar om föräldraskap* är endast ett resultat som fungerar som en inledning på *Resultat och analys*.

Det andra temat *När längtan blir längre än nio månader* skildrar parens berättelser om när de fick beskedet om den ofrivilliga barnlösheten samt upplevelsen av fertilitetsbehandlingarna. Detta tema är analyserat utifrån kriteori och copingteori. Detta tema besvarar frågeställningen om hur paren beskriver hur deras psykiska hälsa har påverkats av den ofrivilliga barnlösheten samt hur de har hanterat situationen. Temat besvarar även frågeställningen om hur parens beskrivningar av perioden av barnlöshet kan liknas vid en kris enligt Cullbergs kriteori.

Det tredje temat *Stöd under längtans gång* tar upp det sociala stöd som paren upplevt under barnlösheten och är analyserat utifrån systemteori samt copingteori. Detta tema besvarar en av våra frågeställningar som handlar om hur paren beskriver att deras sociala stöd har påverkat situationen.

Det fjärde och femte temat *När längtan går mot sitt slut* samt *När längtan är över* skildrar adoptionsprocessen och hur paren upplever att situationen förändrat dem som individer och par. De två sista temana är analyserade utifrån kriteori och copingteori. De två sista temana besvarar även frågeställningarna om hur parens psykiska hälsa påverkats samt frågeställningen om perioden av barnlöshet kan liknas vid en kris enligt Cullbergs kriteori.

Tankar om föräldraskap

Vi inleder resultatet och analysen med en beskrivning av parens berättelser om sina tankar kring föräldraskap under uppväxten. Detta fungerar som en bakgrundsförståelse för att skapa en bild av hur paren beskriver att de sett på föräldraskap långt innan de misstänkte att det kunde vara svårt att få biologiska barn.

Vi upptäckte i parens berättelser en del skillnader mellan hur männen och kvinnorna talade om hur de såg på föräldraskap under sin uppväxt. Kvinnorna berättade att de redan under uppväxten hade tankar om barn och föräldraskap. De beskrev föräldraskapet som en självklarhet i deras vuxna liv och några av dem berättade att de hade förväntningar på att föräldraskapet skulle vara den största händelsen i deras liv. En kvinna beskrev sina tankar om att bli förälder på följande sätt:

"Jag vet ju att i de här böckerna, i de här 'mina vänner'(...) där stod ju alltså en av högsta önskan och det var ju att få bli mamma. Det var redan när jag typ var kanske 9-10-11 år, när man skrev i de här böckerna. Att bli mamma eller förskolelärare ville jag bli. Så det var ganska tidigt. Det har väl hängt med alltid. Jag har tyckt om barn alltid."

Kvinnans beskrivning tolkar vi som att hon hade stora förväntningar om att bli förälder redan när hon var barn. En annan kvinna beskrev sina tankar om föräldraskap på ett annat sätt än den första kvinnan:

"Sen man fick mens har man tänkt 'okej, jag kan bli gravid'. Och jag har liksom inte tänkt tanken på mina barn, såhär ska de se ut, utan jag har tänkt min mage, min runda fina mage. Hur det ska kännas att känna barnet sparka inifrån magen. Det har mest vara sådana tankar."

Vi uppfattar att denna kvinnas tankar om att bli förälder kretsar mer kring att få uppleva en graviditet. Vår uppfattning av hennes beskrivning är att hon tog det som en självklarhet att bli gravid eftersom hon haft menstruation och hon hade därmed inte haft anledning att misstänka att det kunde bli svårt att bli gravid.

Männen uppgav att de inte hade särskilt mycket tankar om föräldraskap under uppväxten. Samtidigt beskrev de flesta av dem att de såg föräldraskap som en självklar del i deras framtid. Två män beskrev sina tankar på följande sätt:

"Funderade inte så mycket över det då, men såg det som en 'självklarhet' att någon gång i framtiden bli pappa."

"Jag har väl tänkt att 'det blir väl bra, någon gång, sådär'. Det är ingenting som jag har fäst några tankar vid utan det har bara, det är väl en del av livet som att bli pensionär eller jobba."

Det som männen beskriver i citaten tolkar vi som att de hade en uppfattning om att det skulle vara självklart att bli förälder en dag. Detta anser vi stämmer överens med uppfattningen om att människor vanligen tar föräldraskapet för givet som vi beskrev i inledningen. En man beskrev hur han såg på föräldraskapet som en självklarhet under uppväxten och hur den synen har förändrats för honom:

"(...) en självklarhet att skaffa barn utan att det egentligen inte var någonting som man går och tänker på daglig dags heller, det är min bästa förklaring på något sätt. Det är väl som många, som de flesta av oss att man tar det som en självklarhet, att det där skaffar man ju när man är redo. Men det har vi lärt oss den hårda vägen att så är det inte."

Vår tolkning av parens berättelser är att de flesta av dem hade synen på föräldraskap att det skulle vara enkelt att bli förälder. Den synen tolkar vi fanns med paret från uppväxten fram till att de bestämt sig för att bli föräldrar och att det var först då de insåg att det kunde bli svårt. Citatet ovan menar vi beskriver hur den synen förändrades när det uppdagades att det kunde bli svårt att få barn.

När längtan blir längre än 9 månader

Beskedet

Många av paren berättade att de fortfarande hade förhoppningar om att få biologiska barn även efter att de börjat misstänka eller fått besked att det kunde vara svårt. De uppgav att det var då de vände sina förhoppningar till fertilitetsbehandlingar och paren berättade att det var vid denna tidpunkt de

började söka sjukvård. Nedan följer ett citat från en kvinna där hon beskriver hur hon hanterade situationen när hon fick hem ett brev från sjukhuset där det stod att hon inte kunde bli spontant gravid:

”Nu är jag en ganska intensiv person, men på 20 min så hade jag ringt en fertilitetsklinik i Göteborg och beställt en tid och tagit ut en stor summa pengar på mitt konto och bokat en resa till Thailand och när min man kom hem så sa jag såhär, ’nu är det såhär, att nu ska vi ut och resa och nu ska vi vila och sedan efter jul så är jag gravid för då har jag bokat en provrörstid’. Och det gjorde jag så, och jag funderade i efterhand på var jag fick kraften ifrån, men jag tror att jag var så chockad, så jag bara gjorde. Bara gjorde liksom. Galet.”

Vi tolkar det som att paren leddes in i en kris när de fick besked att det kunde vara svårt för dem att få biologiska barn. Vi kommer att kalla denna kris för infertilitetskrisen. Vi uppfattar citatet från kvinnan ovan att hon kom in i en chockfas när hon fick beskedet. Det kvinnan gjorde i den situationen tror vi skulle kunna ses som en reaktion av chockfasen, då hon beskrivit att hon handlade utan att reflektera över vad hon egentligen gjorde. Vissa kan under chockfasen uppträda avvikande mot hur man i normala fall skulle ha reagerat (Cullberg 2006). Vi tror att det är möjligt att kvinnan skulle ha handlat annorlunda om hon inte hade varit i en chock dvs. att hon inte skulle ha tagit de beslut som hon gjorde lika fort. Vi tolkar situationen när paren fick beskedet att det var väldigt svårt för dem att hantera och därför får vi uppfattningen av att detta kan ha lett dem in i krisens första fas, chockfasen. En annan kvinna uttryckte sig på följande sätt när hon berättade om hur hon reagerade när hon fick beskedet:

”Det var nog ingen stor grej, ’det verkar inte funka, nu går vi till doktorn och så kollar vi om det funkar på något annat sätt’. Så säger doktorn ’Du kommer med all sannolikhet aldrig att kunna bli naturligt gravid’, var svaret vi fick då. Lite rullgardinen gick ner. ’Då gör vi väl IVF’, så var det bara. Det fanns liksom inte något att stanna upp. Det var liksom bara ’vi vill ha barn så då får vi göra något åt det’.

Vi tolkar kvinnans sätt att handla i denna situation som att hon ville finna en lösning på beskedet hon fått. Vi uppfattar det som att kvinnan kan ha använt sin copingförmåga för att finna lösningen på beskedet då hon tog beslutet att börja med IVF-behandling. Enligt Lundin m.fl. (2009) kan copingförmågan användas för att klara av en ny situation i livet. Vi antar även att chockfasen kan ha fått kvinnan att handla rationellt eftersom hon tagit beslutet att börja med IVF-behandling omedelbart efter att hon fått beskedet. En annan kvinna uttryckte sig på följande sätt när hon berättade om hur reagerat när hon fick beskedet att det kunde vara svårt att bli gravid:

”Framförallt för mig så kände jag att jag kände mig sviken av min kropp. Att den var defekt. Att den inte fungerade som det var tänkt. Jag var väldigt arg, av den anledningen.”

En vanlig reaktion ett ofrivilligt barnlöst par kan uppleva när de hamnat i chocktillstånd är att de upplever det som att de förlorat kontrollen över sina kroppar och berövats sina möjligheter att få barn (Lalos, 1998). Vi tolkar det som

att kvinnan i citatet ovan kan ha upplevt chocken på detta sätt. En man beskrev hur han reagerat när han fått beskedet från sjukvården på följande sätt:

Man: - "Vi sökte inte sjukvård för att få reda på vad som var fel, vi sökte sjukvård för att utesluta att någonting var fel. (...) Och sen så får man då provsvaret att 'tyvärr, ni kan skaffa hund, något annat kommer ni inte att kunna'."

Kvinna: - "Inte riktigt så sa de då..."

Man: - "Nä men det kändes lite så, det var verkligen totalkört."

Vi antar att mannen reagerat mycket negativt på beskedet från läkaren, då han beskrev att han upplevde det som att läkaren lika väl kunde ha sagt att han kunde skaffa hund istället för barn. Då vi följer Cullbergs kristeori gör vi ett antagande att mannen reagerat på ett så negativt sätt eftersom han kan ha hamnat i en chockfas när han fått beskedet. Vi tolkar det som att mannen uppfattat situationen när han fick beskedet som psykisk påfrestande och detta antar vi kan vara anledningen till chockfasen.

Dessa olika citat som vi exemplifierar hur kvinnorna och mannen reagerat på beskedet att det kunde vara svårt att bli gravida, belyser att paren reagerat på olika sätt i denna situation. Enligt Cullberg (2006) kan en chockfas utlösa olika reaktioner hos individer, den kan utlösa reaktioner som ilska, att handla på ett avvikande sätt eller att handla rationellt för att minska upplevelsen av förlust.

Behandlingarna

När paren började med behandlingarna kan det antas att de kom in i reaktionsfasen. Anledningen till att vi tror det, är att paren beskrivit att de hade stor tilltro och förhoppning till sjukvården och de beskrev att de inte hade några tankar på att det inte skulle fungera. Därmed tror vi att chocken som beskedet att det kunde vara svårt att bli spontant gravida mildrades. Nedan följer två exempel på hur paren beskrev att de resonerade när de skulle börja med fertilitetsbehandlingarna:

"Vi hade nog höga förhoppningar och vi är ju ganska så positiva med så vi trodde ju på det här. Annars hade vi inte gjort så många försök. Vi förväntade oss nog att det skulle gå bra."

"(...) jag skulle vara gravid inom 1,5 mån. Det fanns inget annat på kartan. Nej, men alltså, jag har alltid fått som jag vill."

Utifrån dessa citat tolkar vi enligt Cullbergs kristeori att paren i denna fas började öppna ögonen för situationen (Cullberg, 2006) efter att de fått beskedet och vi antar att det var därför de bestämde sig för att genomföra fertilitetsbehandlingar. Enligt Lundin m.fl. (2009) är problemlösning en copingteori och det kan tolkas att paren försökte finna en lösning på fertilitetsproblemet genom behandlingarna. Vi tolkar det som att problemlösningsstrategin fallerade när paren började misstänka att behandlingarna inte skulle fungera. Nedan följer ett citat från en kvinna när hon började befara att IVF-behandlingen inte skulle fungera:

"Så när de ringde den dagen då vi skulle få tillbaka embryon och sa att 'ni behöver inte komma, för det finns ingenting att stoppa tillbaka', då rasade ju hela

världen liksom. (...) Men det var jätte, jättejobbigt när den mattan drogs undan. (...) att det skulle bli väldigt, väldigt svårt att få det att fungera. Även IVF, för det trodde man ju var 'quick fix' liksom."

Vi tolkar citatet som att den copingstrategi som vi antar att kvinnan använt inte längre fungerade när det uppdagades att det kunde bli svårt att lösa fertilitetsproblemet via IVF-behandlingen. Vi antar då att det blev mer psykiskt påfrestande att fortsätta med behandlingarna då det uppdagades att det inte var helt säkert att det skulle fungera.

De kvinnor som genomgick fertilitetsbehandlingar beskrev att de upplevde behandlingarna både psykiskt och fysiskt påfrestande. De beskrev att anledningen till att behandlingarna var psykiskt påfrestande var att de inte kunde vara helt säkra på att de skulle fungera. Vi antar att copingstrategierna gav dem hjälp att ta sig igenom denna psykiskt påfrestande situation. Den strategin vi antar att de använde sig av var problemfokuserad coping eftersom de beskrev att de konstant fokuserade på sitt mål, att få ett barn, och lät inte negativa känslor kring problemet ta överhanden (Lennéer Axelson, 2010). Nedan följer ett citat från en kvinna som hade målet som fokus under behandlingarna för att kunna hantera den psykiskt påfrestande situationen:

"(...) vi gör ju detta för att vi så gärna vill ha barn, så det hade ju inte spelat någon roll hur många gånger man skulle behöva göra det egentligen om det bara handlade om det fysiska. (...) Om det inte tog så jäkla mycket på huvudet liksom, så mycket tankar och så mycket förhoppningar och det är så mycket som krossas när det inte går rätt väg liksom. (...) men det är otroligt slitigt för kroppen också att gå igenom alla de här hormonbehandlingarna. Och det är smärtsamt att göra de här äggplocken och sådana här grejer, men det handlar om så himla mycket i slutändan."

Denna kvinna beskriver att behandlingarna påverkade hennes fysiska och psykiska hälsa negativt. Trots detta så beskriver hon att hon valde att fortsätta med behandlingarna och vi tror att anledningen till detta var att hon hade målet att bli gravid som fokus. En annan kvinna uttryckte behandlingstiden på följande sätt:

"Psykiskt har det klart varit jobbigt eftersom det är en sådan känslomässig bergochdalbana. De första gångerna gick vi dessutom in med höga förväntningar och en positiv inställning, så då var 'fallet' klart större när det inte lyckades. De sista försöken var det svårt att vara positiv hela vägen och då kändes även de fysiska besvären jobbigare."

Denna kvinna beskrev att hon hade en positiv inställning i början av behandlingen och optimism kan vara en medveten copingstrategi för att hantera situationen (Lundin m.fl., 2009). Trots detta var behandlingen psykiskt påfrestande och kvinnan beskrev att det blev svårt att vara positiv ju fler misslyckade försök som genomfördes.

Även för männen, trots att det inte var de som genomgick fertilitetsbehandlingarna, beskrev de att behandlingarna påverkade deras psykiska hälsa negativt. De flesta av männen uppgav att de upplevde en frustration att stå

vid sidan av och de beskrev att det var svårt att hålla optimismen uppe. Nedan följer ett citat där en man beskrev sin upplevelse av behandlingarna:

”Att se sin fru ständigt gå och må dåligt på grund av sprutor fulla med hormoner, är inte kul. När man då samtidigt vet, att man själv troligen är orsaken till problemet med svårigheten att få flera barn, då är det svårt att inte bli ledsen inombords.(...) Att behöva se den man älskar mest, må så dåligt under så lång tid. Det tog mig hårt.”

Några par beskrev att den påtvingade intimiteten som fertilitetsbehandlingarna medförde, åstadkom att den psykiskt påfrestande situationen blev mer påtaglig. Samlivet under den perioden beskrevs som påtvingad eftersom att den gick ut på att bli gravid och inte på grund av lust, vilket kan leda till prestationsångest och risk för utebliven sexuell reaktion (Helström, 2010). En man beskrev sin situation på följande sätt:

”När man ska påtvingas en intimitet och det ska ske av de anledningarna, det är inte för att man vill utan det är för att man måste. Då blir det alltså, förhållandet mår ju inte bra av det, det kan ju knäcka de flesta.”

I denna situation antar vi att det var svårt för mannen att hitta en passande copingstrategi eftersom det är svårt att finna en annan lösning på detta problem (Lundin, m.fl., 2009).

Beslutet att inte fortsätta med behandlingarna

När man genomgår en fertilitetsbehandling utsätts man för en social börda och en psykisk press, vilket kan liknas vid ett osynligt handikapp (Lalos, 1998). En kvinna beskriver perioden av ofrivillig barnlöshet på följande sätt:

”Vi har ju kämpat med en psykisk process. Som man inte kan förstå om man inte har varit i den. Jag menar, du kan ju ha en fruktansvärd fysisk graviditet och det kan folk se. Men de kan aldrig se en psykisk känsla.”

Den här perioden med fertilitetsbehandlingarna beskrev både männen och kvinnorna att de upplevde som psykiskt påfrestande. Många av dem blev gravida av behandlingarna, men de ledde inte till fullgången graviditet. Att fortsätta med behandlingarna kan leda till att parens krisbearbetning förhindras på grund av de upprepade traumatiska händelserna såsom missfallen och ett konstant pendlande mellan hopp och förtvivlan (Lalos, 1998). Under denna period av psykisk press, beskrev paren att de så småningom började bearbeta sin situation genom att ta ett beslut om att inte fortsätta med behandlingarna och därmed tolkar vi att de leddes in i krisens bearbetningsfas. Under bearbetningsfasen antar vi att paren började se framåt och släppte tankarna kring det förgångna (Cullberg, 2006). Paren beskrev att det som gjorde att de tillslut tog beslutet att sluta med fertilitetsbehandlingarna var att de upplevde att de hade kommit till en gräns då de inte orkade mer. De beskrev att både deras psykiska och fysiska hälsa påverkades negativt. Två kvinnor beskrev sitt beslut med att sluta med behandlingarna på detta sätt:

”Så därför bröt vi alla behandlingar för jag kände att jag inte orkade mer för att det tog så jättemycket på kroppen. (...) Jag tyckte att jag hade lagt det bakom mig och tänkte 'nu räcker det, nu vill jag inte mer'.”

"(...) det fanns en mening som cirkulerade ständigt i mitt huvud i slutet på den här IVF-processen och det var 'Ge mig tillbaka mitt liv'."

Enligt Lundin m.fl. (2009) tolkar vi att kvinnorna använt sig av copingstrategin "fight or flight" för att ta detta beslut, detta menas att en individ växlar mellan kamp och flykt. Vi tror att eftersom kvinnorna har utsatts för behandlingarna under en längre tid har de blivit både fysiskt och psykiskt utmattade och därmed har det skapats ett starkt behov för dem att vila. Vi tror att kvinnorna behövde återhämtningen för att få kraft att orka hantera de svårigheter som barnlösheten medförde. Vi tolkar inte detta som att de hade gett upp för, enligt Lundin m.fl. (2009) är det viktigt att respektera att kroppen och psyket behöver vila i en sådan situation. Vissa par har uppgett att de kanske inte slutade med behandlingarna i tid och de beskriver att de i efterhand har ifrågasatt antalet IVF-försök de genomförde:

"Det var nog jag som drev på. (...) Alltså, otroligt målmedveten och fokuserad och van att få som jag vill och tänkte (...) "då gör vi bara". Sen var det aldrig någon läkare som sa 'nu är det färdigt' egentligen. Men med facit i hand, skulle vi slutat tidigare."

"Man vill ju inte hamna i en situation där man sitter där när man är 50 år och tänker 'varför tog vi inte chansen när vi hade den?' Och vi kände vi inte se tillbaka på det här och ångra att vi inte gjorde vårt bästa. Och därför blev det nog fler försök än som egentligen var hälsosamt."

"När vi hade gjort tre försök på ett år, kände vi att vi inte orkade mer, varken fysiskt eller psykiskt. Vi har hela tiden sagt att 'inget får bli viktigare än vi två' och det gjorde att vi inte ville utsätta oss för fler behandlingar. Vi var rädda att förhållandet skulle ta för mycket stryk."

Paren beskrev att fertilitetsbehandlingarna påverkade deras psykiska hälsa på ett mycket negativt sätt och de uppgav att det var anledningen till att de bestämde sig för att sluta med dem. Många av paren beskrev att det var en befrielse att sluta med fertilitetsbehandlingarna och de uppgav att de kände att de gick mot ljusare tider när de började fundera på adoption som alternativ. På följande sätt beskrev två par sitt beslut om adoption:

"Då bestämde jag att det blir inga mer försök liksom. För att jag ville inte. Slösa ett helt år i kö, för att kanske bli gravid när vi kunde skicka adoptionshandlingar och veta att det faktiskt blir ett barn. Jag ville liksom spara mig själv där. Så vi valde att strunta i äggdonationen och så stängde vi dörren till IVF och det var alltså väldigt skönt att göra det när jag väl hade bestämt."

"Jag tror inte vi hade orkat fler och det började dessutom kännas som att vi var så långt fram i tankarna på adoption då, så det kändes nästan konstigt att 'dissa' adoptionsspåret genom att tvunget köra på med fler IVF försök (...) Det kändes helt enkelt väldigt rätt och befriande när vi beslutade oss för att 'det är adoption det får bli!'"

Vi tolkar parens citat som att krisens bearbetningsfas har drivit dem till att ta beslutet om adoption. Bearbetningsfasen infaller när en individ fått ett visst avstånd till situationen och när individen försöker anpassa sig och forma en ny livssituation (Lundin m.fl., 2009), vilket vi anser att paren gör i denna situation.

Stöd under längtans gång

Många par beskrev att de var väldigt öppna med sin barnlöshet och berättade redan från början när de började misstänka att det kunde vara svårt att få biologiska barn för vänner och familj. Något färre par beskrev att de väntade med att berätta tills under tiden de höll på med fertilitetsbehandlingarna. De flesta beskrev att de upplevde det naturligt att berätta att det var svårt att bli spontant gravida. Att paren har varit öppna med sin situation och fått socialt stöd från omgivningen tolkar vi som att de använt sig av en copingstrategi. Coping kan vara socialt stöd på olika sätt genom att ha vänner och familj i sin omgivning som lyssnar och stöttar (Lundin m.fl., 2009). På detta sätt uttrycker ett par sitt sociala stöd de haft under perioden av barnlöshet:

”Vi har väl alltid varit ganska öppna för våra vänner och berättat, för de menade ’ni som tycker så mycket om barn, ska ni inte själv ha barn?’ , då brukade vi säga att ’vi jobbar på det men det är inte så lätt’.”

Det sociala stöd som paret får av vänner i sin omgivning anser vi kan liknas vid att de utgör ett delvis öppet system eftersom att de är öppna med sin situation, då de berättade för omgivningen (Payne, 2008). Även andra par beskrev att de var öppna om sin situation till sina vänner, dock blev situationen mer betungande att tala om då fertilitetsbehandlingen inte lyckades efter upprepade försök. Många beskrev att de undvek att ge detaljer om behandlingen då de ville undvika frågor om hur processen gick, de menade att de ville berätta att de hade lyckats och inte hur många gånger de misslyckats:

”Vi berättade för vänner att vi inte kunde få barn, men vi berättade inte precis när processen pågick, vad vi gjorde.”

Det är även viktigt att det finns gränser inom ett öppet system så man kan skilja på vilken information man ska utväxla till omgivningen (Schjødt & Egeland, 1994). Vi tolkar det som att paren kände att det var viktigt att hålla vissa saker inom sitt egna system, då de uppgav att det var psykiskt påfrestande att berätta detaljer om behandlingen och resultaten till omgivningen:

”Vi ville gärna att folk skulle veta att vi fortfarande var aktiva och fortfarande gjorde någonting men det blev mycket, mycket svårare att berätta då det inte gick bra. Eftersom det inte gick bra så ofta som det gjorde till slut, så insåg vi att det, ja, det är inte alls någon garanti att det kommer gå bra det fjärde eller femte försöket och då måste man återigen ta kontakt med hela sitt nätverk och berätta om misslyckandet. Vi blev mer och mer frustrerade och ledsna själva.”

Detta citat tycker vi illustrerar det som de flesta paren beskrev, att de delade sina tankar med varandra och att de kände de ett starkt stöd av varandra. På så sätt tror vi att de upplevde att barnlösheten gjorde att de kom närmare varandra. Vi tolkar att de således skapade ”synergi”, då vi antar att de funnit stöd hos varandra och

skapade energi mellan sig, vilket kan ha stärkt dem i deras äktenskap. Ett par beskrev att deras relation blivit starkare under barnlösheten på nedanstående sätt:

”Överhuvudtaget i livet att vara barnlösa har varit jättebra på ett sätt. Och det känns jättekonstigt att säga men vi tar inte saker och ting för givet på samma sätt. Vi uppskattar varandras sällskap mer.”

Vi antar att om paren inte haft möjlighet till att finna stöd hos varandra hade det kunnat leda till ”entropi”, vilket betyder att paren tillslut gått skilda vägar (Payne, 2008). De flesta av paren menade även att det är förståeligt att par bryter upp av en sådan psykiskt påfrestande kris och de menade att detta beror mycket på hur ett par individuellt hanterar krisen:

”(...) det är så väldigt lätt hänt att man tacklar det på så olika sätt, så att man kan förstå att folk glider isär också, under det.”

Många av paren beskrev att de kommit varandra närmare under perioden av barnlöshet men samtidigt beskrev de att det var en svår tid och de kunde förstå att många par separerar. Många uppgav att det räckte med det stödet de fick av varandra och de upplevde inte att de behövde få ytterligare stöd från sin familj och sina vänner. Att få stöd av varandra är ett sätt att hantera situationen och det fungerar som en copingstrategi (Lundin m.fl., 2009). Men trots det beskrev vissa par att de upplevde att stödet av varandra inte var tillräckligt. En kvinna beskrev hur hon upplevde stöd under barnlösheten på följande sätt:

”(...) det finns inget stöd som är tillräckligt i det läget. Man är oerhört ensam.”

Vi tolkar det som att några par kanske hade ett större behov av copingstrategier såsom isolering och självtillit istället för socialt stöd av varandra (Lundin m.fl., 2009).

De flesta av paren uppgav att de upplevde feedback när de berättade om sin barnlöshet. De menade att omgivningen försökte stötta och uppmuntra dem. Dock berättade några par att de upplevde att vissa personer i deras omgivning inte gav dem någon feedback alls när de berättade. Vissa av informanterna berättade att de mindes specifikt sina mödrars reaktioner när de berättade. Några uppgav att de upplevde mycket stöd från sina mödrar medan andra beskrev att mödrarna hade svårt att ta det till sig. Två informanter beskrev feedbacken från mödrarna på följande sätt:

”Det var min mamma speciellt som... (...) hon ville väl inte lyssna riktigt. Hon sköt det lite från sig och ville inte riktigt ta det till sig. Det tror jag var mycket rädsla.”

”För när vi fick veta, när vi sa det till dina föräldrar då kom det lite sådana här mail och sådant om att då hade hon kollat upp Storkkliniken[†] i Danmark och lite sådant, fast då hade vi redan bestämt oss för adoption. Så vi var lite irriterade på detta.”

[†] Fertilitetsklinik

Finns det ett samspel mellan systemet som paret utgör och omgivningen kan paret ta emot och ge feedback från och till omgivningen (Schjødt & Egeland, 1994). Vår tolkning är att när paret inte fick önskad feedback från mödrarna skapades det en negativ upplevelse för paret, vilket vi tror kunde vara något som ledde till att paret blev mer restriktiva att berätta om sin situation för mödrarna.

Professionellt stöd

Några av paret berättade att de träffade en kurator eller psykolog vid några enstaka tillfällen men de flesta av paret uppgav att de inte haft några samtal med kurator eller psykolog. Några beskrev att de blivit erbjudna att få tala med kurator eller psykolog men att de inte velat. Några beskrev att de inte blev erbjudna och att de inte heller efterfrågade det. De par som talade med en kurator eller psykolog beskrev att de var missnöjda med samtalen. En kvinna beskrev att hon fick träffa en samtalsterapeut som vid det tillfället var gravid och kvinnan beskrev att hon tog illa upp av detta:

”Varför ska jag sitta här och berätta hur jävla mycket jag hatar människor som är gravida, och så sitter hon och är gravid. ’Hur tänkte hon nu?’ (...) Det kändes så himla fel, jag hade uppskattat om de hade sagt det innan.”

En copingstrategi är att få professionellt stöd (Lundin m.fl., 2009), men då kvinnan sökt professionellt stöd och blivit illa bemött, var det inte troligt att hon skulle komma att använda sig av den strategin igen, enligt vår tolkning. Copingstrategier är beroende på aktuell situation och det är det som bestämmer vilka strategier som anses bra respektive dåliga (Lundin m.fl., 2009). Fler av våra informanter berättade att de blivit illa bemötta vid enstaka tillfällen när de var i kontakt med sjukvården, ett par beskrev sin upplevelse när de blivit illa bemötta av en läkare vid ett tillfälle:

*”Kvinna: - Det var en läkare som var riktigt dum. När vi skulle träffa honom så sitter han och säger, och då hade jag gått upp i vikt för jag hade tagit alla de här jäkla hormonerna och jag kämpade för att gå ner men det var svårt. När vi kommer in där då så säger han (...) vad var det han sa till dig?
Man: - ’Du kan ju bara skaffa dig någon annan och få barn med’.
Kvinna: - Ja något sådant var det och han var totalt kall när han sa det. Jag tror jag bara reste mig och gick därifrån.”*

Dessa olika händelser tror vi har varit bidragande orsaker till att våra informanter inte sökte professionellt stöd för sin barnlöshet. Vi tror även att paret hade ett tillräckligt bra fungerade stöd från sitt sociala nätverk och från varandra, därför tror vi att det inte var aktuellt för våra informanter att använda sig av professionellt stöd som copingstrategi.

Att bemöta andra

Några par berättade att de vid enstaka eller flera tillfällen hade haft svårt att bemöta par som var gravida. En möjlig förklaring till detta tror vi kan vara att paret i sitt system upplevde det för smärtsamt att ta in andra gravida pars input. Vår tolkning är att paret hade ett behov av att sluta sitt system för att inte utsätta sig för risken att få de gravida parens input. Det var inte så att deras system var helt slutet men vi tror att kontakten med gravida par befann sig på en minimal

nivå (Schjødt & Egeland, 1994). Två informanter beskrev sin upplevelse av att möta gravida par på följande sätt:

”Det, alltså det konstiga det var inte bebisarna som kom ut som var svåra, utan det var magarna. Magarna var det svåra, upplevde jag. (...) Magarna, de jävla magarna. (...) Och jag vet att det var under nästan 1,5 års tid så skulle jag aldrig drömma om att åka på IKEA, för det är där magarna är. IKEA var sådan bojkott liksom.”

”Och sen så poppade upp gravida magar överallt och kompisarna råkade bli med barn, 'hoppsan då blev det ett barn här ja!' ... 'Kul för er då!'”

En del par beskrev att de upplevde det mer psykiskt påfrestande att träffa andra par som hade barn än par som var gravida. Ett par beskrev påfrestandet av att bemöta personer i sin omgivning som hade barn på följande sätt:

”(...) sedan var det en sådan period då alla kompisar skaffade barn också och det var jätte, jätte jobbigt. Och vi ville ju inte berätta för folk att 'Ja, men vi försöker få barn, men det kommer inte lyckas' utan vi ville ju också säga att vi var gravida. Därför blev det så att man valde bort saker, man valde bort människor, man valde bort tillfällen, man valde bort platser. Och ja, vi var väldigt mycket tillsammans. Och folk tyckte säkert att vi var skittråkiga.”

Vår tolkning är att paret isolerade sig som ett sätt att hantera situationen. Att isolera sig från personer eller omgivning kan användas som en copingstrategi för att hantera en påfrestande situation (Lundin m.fl., 2009). Vi tolkar det även som att paret kan ha slutit sitt system för att slippa omgivningens inflytande. Vi tror att de skapade ett relativt slutet system eftersom de utväxlade väldigt lite information med omgivningen och till viss del var avskurna från yttre påverkan (Schjødt & Egeland, 1994).

Vissa par beskrev att det inte var svårt att bemöta andra som var gravida eller som hade fått barn under sin period av barnlöshet. Vi tolkar det som att dessa par inte upplevde något behov av isolering eller att sluta sitt system. En möjlig strategi vi tror att de kan ha använt sig av är optimism och accepterande i denna situation (Lundin m.fl., 2009). Ett par beskrev sin upplevelse på följande sätt:

”Det är alla andra som har sagt att 'de som mest förtjänar barn kan inte få, och de som inte egentligen borde ha fler barn kan bara spotta ur sig dem.' Alltså, det uttrycket har vi aldrig kunnat förlika oss med (...) jag skulle ju inte vilja sätta någon annan i den situationen som vi har varit i. Bara för att vi själva inte kan få barn.”

Dessa olika exempel på hur paren bemött andra par som varit gravida eller som haft barn, tycker vi illustrerar hur olika paren hanterade situationen. Vår tolkning är att situationen krävde olika copingstrategier eftersom strategierna är individuella. Därför tror vi att paren använde olika strategier beroende på hur de kan ha uppfattat sin situation (Lundin m.fl., 2009).

När längtan går mot sitt slut

Adoptionen

De flesta paren berättade att de började fundera på adoption under tiden fertilitetsbehandlingarna pågick och de inte lyckades. Detta tror vi kan ha lett dem in i bearbetningsfasen. Efter månader och år av behandlingar tror vi att de fick ett tidsmässigt avstånd till sin barnlöshet, vilket tillslut kan ha hjälpt dem att forma sin framtida livssituation (Lundin m.fl., 2009). En man beskrev sitt beslut att adoptera på följande sätt:

”Se henne bli misshandlad på kroppen och allt det här. Det är ju inte värt ett tillslut. Tycker jag. Och så finns det mängder av barn där ute i världen som inte har någon förälder och som far illa.”

Trots det var det några som uppgav att det var svårt att helt släppa taget kring hoppet att fertilitetsbehandlingarna skulle lyckas. Paren beskrev ofta att det var en person i paret som tänkt tanken på att sluta med behandlingarna tidigare än den andra. Det tror vi kan ha att göra med att de kom in i bearbetningsfasen vid olika tidpunkter. Det är vanligt förekommande att män och kvinnor befinner sig i olika faser under krisens förlopp (Lalos, 1998). Om en kvinna exempelvis fortfarande är kvar i reaktionsfasen och mannen har gått vidare till bearbetningsfasen kan det ta sig följande uttryck:

”Det tog lång tid innan jag accepterade att vi kommer bli föräldrar till ett barn som redan finns.”

Vi fann vi inga skillnader mellan könen angående vem, som vi tolkar, gick vidare in i bearbetningsfasen först. Nedan följer ett exempel från hur en man uppfattade situationen:

”(...) adoption det vore ju som att, som att erkänna att det är någonting fel, att man har förlorat, att man har gett upp. Så nej, det var inte intressant. Det tar vi när vi kommer dit.”

Paren berättade att adoptionsprocessen, från det att de bestämde sig för att adoptera tills det att de fick sitt barn, tog mellan ungefär ett till sex år. De flesta av paren uppgav att de fick vänta i cirka tre år på att få sitt barn. Själva processen beskrevs av paren som byråkratisk då den involverade mycket pappersarbete. Vissa par beskrev att det var väldigt påfrestande att gå igenom adoptionsprocessen. Ett par beskrev början av processen på detta sätt:

*”Kvinna: - När vi fick vår hög med papper så bara tittade vi på dem och la ner dem i en låda och tänkte ’där får dem ligga’. Då var man beredd att ge upp igen.
Man: - För det var så mycket papper.”*

Vi tolkar detta citat som att paret kan ha gått tillbaka in i reaktionsfasen då vi tolkar deras beskrivning som att de kände en känsla av uppgivenhet, frustration och hjälplöshet (Lalos, 1998) i början på adoptionsprocessen.

Föräldrautbildningen fokuserade mycket kring det negativa att bli förälder ansåg vissa par, medan andra uppfattade den som positiv. Detsamma gällde för socialtjänstens medgivandeutredning, som några beskrev att de upplevde den som påfrestande men andra beskrev att de inte tyckte den medförde några problem. Vi tänker att anledningen till detta är att informanterna använt sig av olika copingstrategier för att hantera adoptionsprocessen. Några kan tolkas ha använt sig av optimism medan andra kan ha använt sig av accepterande och ”att stå ut” (Lundin m.fl., 2009). De flesta berättade att de även upplevde en lång väntan då processen pågick i flera år och att det kunde skapa en frustration. Trots denna påfrestande väntan är det tydligt enligt vår tolkning att paren bearbetat situationen med copingstrategier. Så här beskriver ett par adoptionsprocessen:

”Känslan av att det är så mycket som ska göras och så mycket information som ska fram om oss är ibland lite konstig när man jämför med hur lätt det är att bli biologisk förälder, men samtidigt känns det klart bra för barnens skull att det görs en grundlig koll av oss och våra förutsättningar.”

Detta är enligt oss ett tydligt exempel på att paret kan ha använt copingstrategin optimism, då vi anser att de vände det som varit psykiskt påfrestande till något positivt.

När längtan är över

I slutet av adoptionsprocessen tolkar vi att paren kan ha tagit sig in i nyorienteringsfasen. Vi antar att paren under denna fas hade bearbetat sina svikna förhoppningar (Cullberg, 2006). Många av paren berättade att de upplevde att perioden av barnlöshet har påverkat dem som individer. Många beskrev att barnlösheten gett dem nya betydelser i livet. De flesta beskrev att de på grund av barnlösheten inte längre tar något för givet och några menade att de har mognat som individer efter denna händelse. Ett par beskrev sin upplevelse av hur barnlösheten har påverkat dem på följande sätt:

”Innan har man alltid tagit allting för givet, man har tagit barn för givet, man har tagit sitt förhållande och sitt liv för givet. ’Ja men det löser sig, på ett eller annat sätt’ (...) Och så blev det så definitivt att ’nä, det gör inte det’. Då måste du ta tag i ditt eget liv, du måste ställa dig själv svåra och jobbiga existentiella frågor och hur du ska leva dit liv framöver. Det är svåra beslut på gång.”

De flesta av våra intervjuar beskrev att deras relation växte starkare under perioden av barnlösheten och att händelsen har bundit dem samman. Under nyorienteringsfasen, när individen har försonats med det som skett kan nya relationer skapas (Cullberg, 2006). Många par berättade att deras relation förändrats under barnlösheten och några beskrev detta på följande sätt:

”Ja, naturligtvis så har ju relationen förändrats. Vi hade ju inte känt varandra så himla länge. Så att när det uppdagades att vi inte kunde få biologiska barn, så har vi vänt oss till varandra. Vi har klamrat oss fast vid varandra, vi har ju haft varandra hela tiden.”

”Vi har alltid varit tajta men nu är vi tajtare än någonsin.”

”Tar vi oss igenom detta levande klarar vi vad som helst.”

För några av paren tolkar vi att nyorienteringsfasen tog mer fart efter att de hade fått barn. Detta tror vi beror på att de, enligt vår tolkning, har bearbetat det infertilitetskrisen har inneburit och att de nu kan se framåt igen. Ett par beskrev upplevelsen att bli föräldrar på följande sätt:

”Händelsen som sådan att bli förälder har gett personligheterna en helhet, någon att älska villkorslöst.”

Detta tolkar vi utifrån Cullbergs kristeori som att föräldrskapet kan ha gett paren nya relationer och nya betydelser i livet och detta kan ses som ett bevis på att de befinner sig i krisen nyorienteringsfas. Enligt Cullberg (2006) lever krisen med som ett ärr som alltid kommer att finnas kvar men att den kommer inte att påverka det dagliga livet längre. Vi tolkar, utifrån parens beskrivningar, att de kommer att ha med sig sina erfarenheter av den ofrivilliga barnlösheten hela livet, men tolkar det inte som att erfarenheterna kommer att påverka deras psykiska hälsa negativt i framtiden.

6 Diskussion

Vårt syfte med denna studie var att skapa en förståelse och kunskap om ofrivillig barnlöshet genom att undersöka hur par som har varit ofrivilligt barnlösa berättar om sina erfarenheter. Vårt syfte var även att undersöka hur deras psykiska hälsa har påverkats och hur deras sociala stöd har påverkat deras situation under fertilitetsbehandlingen och adoptionsprocessen. Det resultat vi fick fram under studien visar på att informanterna uppgav att deras psykiska hälsa påverkades under processen. Informanterna uppgav att deras förhoppningar om att bli gravida hade krossats under processen och de uttryckte att processen var psykiskt påfrestande när den pågick. Paren uppgav att den psykiska pressen släppte i samband med beslutet att adoptera och när de kände att de kunde lägga fertilitetsbehandlingarna bakom sig. Paren beskrev att de haft mycket stöd av varandra i processen och även till personer i deras närhet. Vår tolkning av detta är att deras sociala stöd kan ha bidragit till att deras situation blev mindre psykiskt påfrestande.

Resultatet av denna studie tycker vi belyser att en ofrivillig barnlöshet kan liknas vid en kris då vi tolkar parens barnlöshet utifrån de olika faserna i Cullbergs kristeori. Det vi tolkade som en kris, tolkade vi inte som en svår kris eftersom informanterna inte uppgett att barnlösheten gett upphov till en depression, vilket ofta en kris gör. I artikeln av Downey & McKinney (1992) visade det sig i deras resultat att infertila kvinnor i deras undersökning upplevde svårare perioder av depression i större utsträckning än vad fertila kvinnor gjorde. Detta gjorde att vi hade aningar om att infertilitet kan ge upphov till depressioner. Vårt resultat visade dock inte på att våra informanter drabbats av depressioner på grund av barnlösheten. Vi tror att detta kan bero på att paren i vår studie har haft ett stort stöd av varandra och av personer i deras närhet. En tänkbar tolkning är därför att parens sociala stöd har hjälpt dem i deras kris och de har därför inte drabbats av depressioner. Vi tror även att detta kan vara anledningen till att de inte haft något behov av professionellt stöd, då vi tolkar det som att parens sociala stöd från omgivningen har räckt till.

De flesta av våra informanter beskrev att de upplevde att deras relation blivit starkare under perioden av barnlöshet. Resultatet i artikeln av Abbey, Andrews & Halman (1995) visade även på att den psykiska påfrestande som paren upplevde under sin infertilitet stärkte dem i deras äktenskap. Abbey, Andrews & Halman (1995) trodde att detta berodde på att paren gav och fick mycket socialt stöd av varandra och detta stärkte i sin tur deras relation och minskade den psykiska påfrestande som infertiliteten medförde. Även våra informanter beskrev att de fått mycket socialt stöd av varandra eller personer i sin närhet, detta tror vi är anledningen till att de klarade att hantera krisen som infertiliteten gav upphov till och att deras relation stärktes.

Många av våra informanter beskrev att det var psykisk påfrestande att bemöta andra par som hade barn eller var gravida och några undvek av den anledningen vissa personer eller platser. Detta är något som även artikeln av John E. Pachankis (2007) belyste då han tog upp situationer där infertila kvinnor undviker vissa platser på grund av deras stigmatiserade situation. Vårt resultat visar på liknande resultat som Pachankis studie, att några par beskrivit att de undvikit platser och

personer i perioder då de beskrivit att de upplevt vissa situationer som psykiskt påfrestande. Vår tolkning av detta, skulle kunna vara ett exempel på ett sätt för informanterna att hantera den psykiskt påfrestande situationen de hade hamnat i.

Vi lyfter fram några exempel på hur viktigt det är som professionell att bemöta ofrivilligt barnlösa par på rätt sätt i denna uppsats. En del informanter uppgav att de blivit illa bemötta av professionella och de flesta beskrev att de inte hade något behov av att söka professionellt stöd under perioden av barnlöshet. Paren beskrev att de hellre sökt stöd av familj och vänner, eller av varandra, än av professionella. Vårt förslag är därför att det kan vara en god idé för exempelvis kuratorer inom sjukvården att starta självhjälsgrupper för ofrivilligt barnlösa par, där de har möjlighet att möta och få stöd av andra par i samma situation.

Förslag på fortsatt forskning

Vi hade funderingar under studiens början på hur vi skulle genomföra intervjuerna, med paren tillsammans eller var för sig. Vi tänker att en nackdel med vår studie, på grund av att vi valde att intervjua paren tillsammans, är att paren inte har fått lika mycket utrymme att prata om sina upplevelser kring situationen. Det har oftast varit en person i paret som har dominerat under intervjun. Vår tanke är att resultaten kunde sett annorlunda ut om intervjuerna genomförts enskilt. Detta är något vi tror skulle vara en intressant utgångspunkt för fortsatt forskning. Vi kan trots detta anse att det tillvägagångssätt vi valde att intervjua paren på har vissa styrkor. Barnlösheten är en process som paren genomgått tillsammans och därför tänker vi att det skulle kännas mest naturligt för dem att berätta om den tillsammans som ett par.

Vi har i vår studie enbart fokuserat på par som klarat sig igenom krisen som den ofrivilliga barnlösheten gett upphov till. Vi anser att det hade varit intressant att göra fortsatt forskning om par som inte klarat infertilitetskrisen, par som har separerat på grund av situationen. En sådan studie hade kunnat undersöka vilka faktorer som har varit den bidragande orsaken till att paren inte klarat att hantera krisen och därmed gått isär. Vårt antagande, som vi har utvecklat utifrån denna studie, om vilka faktorer som kan orsaka att par separerar på grund av en sådan situation, är att paren inte fått ett tillräckligt stöd av varandra och personer i deras närhet. Vi tror även att en annan bidragande orsak kan vara att paren inte funnit någon passande strategi för att hantera situationen.

Våra informanter i studien är par som är i slutet av sin period av barnlöshet eller par som har perioden bakom sig. Anledningen till detta har varit att par som varit mitt uppe i barnlösheten har beskrivit att de upplevt situationen för påfrestande för att orka prata om och därför inte velat delta i studien. Vi tror trots detta att det skulle vara intressant att genomföra en studie med dessa personer, som fortfarande är ofrivilligt barnlösa, eftersom vi anar att det hade lett till ett annat resultat än vad vi fått. Dock vore det problematiskt att genomföra en sådan studie eftersom det inte går att påtvinga någon att bli intervjuad mot sin vilja. Vår tanke om detta är att det kanske skulle kunna vara genomförbart att göra en sådan studie kvantitativ istället för kvalitativ. Paren behöver på så sätt inte prata om situationen, de kanske skulle uppleva det mindre smärtsamt att endast skriftligt svara på några enkätfrågor om det.

Slutsats

Den här studien belyser berättelser om erfarenheter som ofrivilligt barnlösa par har gått igenom. Vår slutsats av denna studie är att ofrivillig barnlöshet kan förstås som en psykiskt påfrestande situation, som kan liknas vid en kris för dem som har gått igenom den. Vi anser att detta är något socionomer bör ha i åtanke när de möter personer som är ofrivilligt barnlösa och därför är det viktigt att det finns studier såsom denna studie som ger en ökad förståelse och kunskap om ofrivillig barnlöshet.

7 Källförteckning

Abbey, Antonia, Andrews, Frank M. & Halman, L. Jill (1995): "Provision and Receipt of Social Support and Disregard: What Is Their Impact on the Marital Life Quality of Infertile and Fertile Couples?", Wayne State University and University of Michigan, Personality and Social Psychology, Vol. 68. No. 3., s. 455-469.

Ahlgren, Mats & Malmquist Jörgen (2012a): "Insemination" (elektronisk), *Nationalencyklopedin* <<http://www.ne.se/lang/assisterad-befruktning>> (2012-11-12).

Ahlgren, Mats & Malmquist Jörgen (2012b): "IVF med donerade könsceller" (elektronisk), *Nationalencyklopedin* <<http://www.ne.se/lang/assisterad-befruktning>> (2012-11-12).

Akademiska sjukhuset, Enheten för hälsofrämjande psykiatri, Landstinget i Uppsala län, "Vad är psykisk hälsa?" (elektronisk) <http://www.ltv.se/ImageVault/Images/id_9841/scope_0/ImageVaultHandler.aspx> (2012-11-22)

Bergsten Brucefors, Agneta/Cederström, Anita & Michélsen, Hans (2003): "Vad är psykisk hälsa", *Psykisk Hälsa*, 1/03.

Bernler, Gunnar & Johnsson, Lisbeth (2001): *Teori för psykosocialt arbete*. Stockholm: Natur och kultur.

Bryman, Alan (2011): *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber.

Bryman, Inger, (2010): "Fertilitetsutredning". I Janson, Per Olof & Landgren, Britt-Marie (red). *Gynekologi*, Lund: Studentlitteratur.

Cullberg, Johan (2006): *Kris och utveckling*. Stockholm: Natur och Kultur

Downey, Jennifer, & McKinney, Mary (1992): "The Psychiatric status of women presenting for infertility evaluation", *American Journal of Orthopsychiatry*, 62(2), s. 196-205.

Ericsson, Hanne-Louise, (1996): "Barnlöshet- de vuxnas perspektiv". I *Barnlöshet och barnets bästa – Teknik och etik*, Rädda barnen, Falun.

Engel, Nina (2011): "Adoption" (elektronisk), *Vårdguiden*, Stockholms Läns Landsting <<http://www.vardguiden.se/Tema/Barn-och-foraldrar/Adoption/>> (2012-11-13).

Friman, Christopher (2012): *Liv till varje pris*. Filter. Nummer 25, sidor 44-64.

Hammer Burns, Linda, (1990): "An Exploratory Study of Perceptions of Parenting after Infertility", *Family Systems Medicine* 8.2, s. 177-189.

Helström, Lotti (2010): "Gynekologiska tillstånd och sexuell funktion". I Lundberg, PerOlov & Löfgren-Mårtenson, Charlotta (2010): *Sexologi*. Stockholm: Liber.

Johansson, Marianne (2010): *Life after Terminated IVF- experience and quality of life among men and women*. Göteborgs Universitet, Sahlgrenska akademien, Institutionen för Vårdvetenskap och Hälsa.

Knol, Nina, Schwarzer, Ralf; Pfüller, Bettina & Kienle, Rolf (2009): "Transmission of Depressive Symptoms- A Study With Couples Undergoing Assisted-Reproduction Treatment." Institute of Medical Psychology, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Department of Health Psychology, Freie Universität Berlin, Department of Reproductive Medicine, Charité – Universitätsmedizin Berlin, *European Psychologist*; Vol. 14(1), s. 7–17.

Kvale, Steinar (2009): *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Lalos, Ann (1998): "Infertilitetskrisen". I *Ofrivillig barnlöshet, Rapport nr. 37*, Svensk förening för Obstetrik och gynekologi, Arbets- och referensgrupp för Ofrivillig barnlöshet, Västerås.

Lenneér-Axelson, Barbro (2010): *Förluster: om sorg och livsomställning*. Stockholm: Natur och kultur.

Levy-Shiff, Rachel, Bar, Ora & Har-Even, Dov (1990): "Psychological adjustment of adoptive parents-to-be", *American Journal of Orthopsychiatry* 60.2, s. 258-267.

Lundin, Annika/Benkel, Inger/de Neergard, Gerd/Johansson, Britt-Marie/Öhrling, Charlotte (2009): *Kurator inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

Nattland, Annette (2012): "Kriterier för assisterad befruktning" (elektronisk), *Reproduktionsmedicin, Sahlgrenska Universitetssjukhuset*
<<http://www.sahlgrenska.se/sv/SU/Omraden/1/Verksamhetsomraden/Gynekologi-och-reproduktionsmedicin/Enheter/Reproduktionsmedicin/Behandling/Assisterad-befruktning/>> (2012-11-13).

Nilsson, Lars, (2010a): "Ovulationsstimulering". I Janson, Per Olof & Landgren, Britt-Marie (red). *Gynekologi*, Lund: Studentlitteratur.

Nilsson, Lars, (2010b): "Assisterad befruktning". I Janson, Per Olof & Landgren, Britt-Marie (red). *Gynekologi*, Lund: Studentlitteratur.

Pachankis, John E. (2007): "The Psychological Implications of Concealing a Stigma: A Cognitive–Affective–Behavioral Model." Stony Brook University, State University of New York, *Psychological Bulletin*, Vol. 133, No. 2, s. 328–345.

Payne, Malcolm (2008): *Modern teoribildning i socialt arbete*. Stockholm: Natur och kultur.

Petersson, Ann-Sofie (2012): "Provrörsbefruktning (IVF)" (elektronisk), *Reproduktionsmedicin, Sahlgrenska Universitetssjukhuset*
<<http://www.sahlgrenska.se/sv/SU/Omraden/1/Verksamhetsomraden/Gynekologi-och-reproduktionsmedicin/Enheter/Reproduktionsmedicin/Behandling/Provrorsbefruktning-IVF/>> (2012-11-12).

Schjødt, Borrik & Egeland Thor Aage (1994): *Från systemteori till familjeterapi*. Lund: Studentlitteratur.

Thomassen, Magdalene (2007): *Vetenskap, kunskap och praxis: introduktion till vetenskapsfilosofi*. Malmö: Gleerups Utbildning.

Thurin Kjellberg, Ann (2010): "Information till spermadonator" (elektronisk), *Reproduktionsmedicin, Sahlgrenska Universitetssjukhuset*
<http://www.sahlgrenska.se/upload/SU/omrade_oss/reproduktionsmedicin/Spermadonatorinformation.pdf> (2012-11-13).

Tidefors, Inga (2010): "Anknytning och sexuell utveckling". I Lundberg, PerOlov & Löfgren-Mårtenson, Charlotta (2010): *Sexologi*. Stockholm: Liber.

Vetenskapsrådet "Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning" (elektronisk),
<<http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>> (2012-11-20).

8 Bilagor

Information till informanter

Hej!

Vi är två tjejer som går sista året på socionomprogrammet i Göteborg. Denna termin ska vi skriva en C-uppsats om ofrivillig barnlöshet. Vi tror att de psykiska och sociala aspekterna av ofrivillig barnlöshet inte har fått den uppmärksamhet den förtjänar och att det därför saknas professionell kunskap om hur ofrivilligt barnlösa uppfattar sin situation. Det innebär att det saknas den kunskap som krävs för att professionella ska kunna erbjuda den hjälp och det stöd som faktiskt behövs. Vårt syfte med vår studie är att skapa en allmän förståelse och kunskap kring ofrivillig barnlöshet. Uppsatsen ska innefatta intervjuer med personer som har genomgått olika fertilitetsbehandlingar (exempelvis hormonstimulering, insemination, provrörsbefruktnings) som inte har lett till fullgången graviditet och som sedan har valt att bilda familj genom adoption.

Vi letar nu efter personer (helst båda föräldrarna) att intervjua. Intervjun kan genomföras via Internet/telefon eller personligen, beroende på var du bor. Om du kan tänka dig att ställa upp på en intervju erbjuder vi att skicka vår intervjuguide till dig så att du kommer att veta vilka frågor vi kommer att ställa. Alla intervjupersoner i vår studie kommer att vara anonyma.

Om du kan tänka dig att ställa upp på en intervju och/eller om du har frågor till oss kan du mejla annikatinauppsats@hotmail.se

Tack på förhand!

Vänliga hälsningar, Annika och Tina

Intervjuguide

Hur gamla är ni?

Vad är er sysselsättning?

Hur träffades ni?

Hur länge har ni varit ett par?

Hur såg ni på föräldraskap under er uppväxt?

När bestämde ni er för att ni ville bli föräldrar? Hur gamla var ni då? Hur länge hade ni varit tillsammans?

Hur såg er livssituation ut innan ni bestämde er för att bilda familj?

När började ni misstänka att det kunde vara svårt att få biologiska barn? Hur hanterade ni det?

Förändrades er relation? På vilket sätt förändrades den?

Berättade ni för er familj, vänner eller personer i er närhet om er situation?

Upplevde ni det som jobbigt att berätta? Hur reagerade de? Fick ni något stöd?

Var det jobbigt att bemöta andra som hade fått barn?

Fick ni stöd av varandra? På vilket sätt?

Sökte ni sjukvård och när?

Vad hade ni för förväntningar på det?

Vilken var anledningen till er barnlöshet?

Har ni genomgått några behandlingar? Vilka? Hur gick behandlingarna? Hur upplevdes de? (Psykiskt och fysiskt?)

När kände ni att ni inte ville fortsätta med fler och varför fattade ni det beslutet?

Hur upplevdes det? Hur länge höll ni på med behandlingarna?

Fick ni något stöd av sjukvården?

Förändrades er livssituation när det uppdagades att ni hade problem med fertiliteten/att få biologiska barn? På vilket sätt?

När började ni fundera på adoption?

Hur lång tid tog adoptionsprocessen?

Hur upplevde ni processen?

Tycker du att denna period i livet har påverkat dig som person?

Har den påverkat er som par?

Kan ni tänka er fler barn i framtiden?